WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, SIERPIEŃ 1938 R. NUMER VIII.

P R A C E   O R Y G I N A L N E

CZYNNE MIEJSCOWE (CHIRURGICZNE) LECZENIE GRUŹLICY PŁUC POD KĄTEM WIDZENIA INTERNISTY-FTIZJOLOGA

podał

DR MICHAŁ BLOCH.

Gruźlica, jako choroba, występuje wówczas, gdy zostaje zakłócona równowaga pomiędzy ustrojem ludzkim, a skrycie pasożytującym w nim — nieraz przez b. długi okres czasu — zarazkiem Kocha. Szkodliwość prątka gruźlicy dla ustroju jest względna. Wtargnięcie zarazka tego do ustroju — które w naszych warunkach odbywa się u większości ludności już w wieku wczesnym — w wyjątkowych tylko przypadkach pociąga za sobą, wcześniej czy później, powstanie stanu chorobowego. O ile bowiem prątek Kocha, na skutek swej budowy fizyczno-chemicznej i właściwości biologicznych, wskazuje ogromną wytrwałość w stosunku do ustroju ludzkiego, gdyż może zostać z u p e ł n i e z n i s z c z o n y, o tyle, z drugiej strony, ustrój ludzki posiada takie urządzenia obronne, które, aczkolwiek nie są w stanie całkowicie unicestwić przenikających doń zarazków gruźliczych, w przeważającej większości przypadków nie dają też prątkowi możności rozwinięcia działalności chorobotwórczej. W ten sposób u olbrzymiej większości ludności wytwarza się stan bezobjawowego zakażenia gruźlicą, nie mającego nic wspólnego z gruźlicą jako chorobą. I dopiero w poszczególnych przypadkach, pod wpływem szeregu okoliczności i czynników, ten stan równowagi pomiędzy ustrojem ludzkim a zarazkiem zostaje naruszony, i gruźlica występuje wówczas jako choroba.

Z n a c z e n i e l e c z e n i a o g ó l n e g o w g r u ź l i c y p ł u c.

Współczesna nauka o gruźlicy, opierając się na danych kilniki, epidemiologii gruźlicy, anatomii patologicznej, bakteriologii i doświadczeniach laboratoryjnych na zwierzętach, stoi na stanowisku, że, aczkolwiek nie jest bez znaczenia liczba prątków, ich jadowitość, sposób ich dostawania się do ustroju i do ogniska chorobowego, masywność i powtarzalność zakażenia itp., o powstaniu gruźlicy jako c h o r o b y, jak również o dalszym jej przebiegu i zejściu, decydują w zasadzie siły odporności w ustroju. Te ostatnie zaś zależne są nie tyle od własności wrodzonych, odziedziczonych, ile od nabytych w życiu pozapłodowym; przy czym kardynalną i dominującą rolę odgrywają momenty, zależne od warunków indywidualnego i społecznego bytowania danego osobnika. Warunki odżywiania, mieszkania, pracy i, wynikające z nich, poziom dobrobytu i kultury higienicznej całego społeczeństwa są czynnikami decydującymi o zdolnościach obronnych ustroju w stosunku do gruźlicy.

Klinika gruźlicy, zdając sobie sprawę z tej kolosalnej i decydującej roli, jaką dla zwalczania gruźlicy odgrywają momenty natury społeczno - ekonomicznej, mimo to, że nie jest powołana i nie jest w stanie rozwiązać zagadnień tej natury, w leczeniu

gruźlicy u poszczególnych indywiduów, uznała również za najskuteczniejsze wszystkie te metody, które mają za zadanie podnieść ogólne siły obronne ustroju, z leczeniem higieniczno-klimatycznym na czele. Tym bardziej, iż środka naprawdę swoistego w leczeniu gruźlicy do dziś nie posiadamy. Na podstawie naszej współczesnej znajomości gruźlicy jako choroby, można twierdzić, iż, niezależnie od wszelkich innych, obecnie i ewent. w przyszłości stosowanych, metod w gruźlicy płuc, — leczenie ogólne, leczenie mające za zadanie podniesienie całokształtu sił odpornościowych ustroju, nie przestanie być podstawowym.

Leczenie ogólne i miejscowe w gruźlicy płuc.

O ile leczenie ogólne posiada znaczenie kardynalne w leczeniu gruźlicy płuc, o tyle jest absolutnie niedopuszczalnym, w dzisiejszych czasach zapominać i o metodach miejscowych leczenia gruźlicy płucnej, zwłaszcza o odmie chociaż należy zawsze pamiętać, że jak każdy inny zabieg chirurgiczny, odma nie jest w stanie dać 100%-wego wyniku dodatniego — we wszystkich przypadkach jej stosowania.

Doświadczenie kliniczne poucza, że wyniki osiągane zapomocą leczenia odmą mogą stawać się i stają coraz lepsze, w miarę przestrzegania niektórych kardynalnych zasad. Z tego też względu chcielibyśmy uwypuklić tu wszystkie te momenty, których uwzględnienie, leczenie to czynią i mogą uczynić jeszcze bardziej skutecznym.

Przed wszystkim, jest rzeczą zrozumiałą, że im wcześniej od chwili rozpoznania rozpadowej gruźlicy płuc, odma będzie zastosowana, tym wynik będzie lepszy. Wypływa to w pierwszym rzędzie z samego mechanizmu działania odmy. Jak wiadomo, odma wyzwala naturalne dążności tkanki sprężystej płuca do zapadania się w kierunku wnęki, umożliwiając przy tym ściąganie się i wypełnienie istniejących w płucu ubytków w postaci jam. Jeżeli weźmiemy teraz pod uwagę, że w ogromnej liczbie przypadków rozpadowej gruźlicy płuc opłucna już bardzo wcześnie zostaje wciągnięta w grę, zrozumiemy, że rychło powstają już takie siły mechaniczne, w postaci zrostów, które tej naturalnej tendencji płuca do ściągania się, wyzwalanej przez odmę, będą przeciwdziałały. Wynika z tego, że wcześnie zastosowana odma zapobiegnie przede wszystkim tworzeniu się zrostów, tej najważniejszej — jak zobaczymy niebawem — przeszkody w skutecznym stosowaniu leczenia tego w rozpadowej gruźlicy płuc. Potwierdzają to zresztą statystyki tych autorów, którzy oddzielnie podają wyniki stosowania odmy w przypadkach ze zrostami i bez takowych. Gravesen np. osiągał w odmach całkowitych zupełne wyleczenie jam w 70%, w przypadkach zaś ze zrostami tylko w 33%, Unverricht — odpowiednio w 66,6% i 26,3%, Matson w 48% i 11% itd.

Poza zrostami, wczesne stosowanie odmy zapobiega powstawaniu jeszcze innych przeszkód mechanicznych, mogących utrudnić w następstwie zapadnięcie się jamy. Z jednej strony, wchodzą tu w rachubę zmiany bliznowate, ponaciekowe w otoczeniu jamy, mogące przeciwdziałać jej ściąganiu się, a z drugiej strony, zjawisko twardnienia samej ściany jamowej, która z czasem może stać się niepodatną na ucisk, nawet w braku zrostów opłucnowych.

Słuszność, wynikającego z samej mechaniki działania odmy, postulatu o niezbędności stosowania odmy jaknajwcześniej od chwili rozpoznania rozpadowej gruźlicy płuc, znajduje najlepsze potwierdzenie w praktyce.

Jak wykazuje doświadczenie licznych autorów (Brauening, Ulrici, Jessen, Dorendorf, Gaewyhler, Rubinstein i nasze własne — p. Polsk. Arch. Medyc. Wewn. T. 12 z 1. 1934), wyniki osiągane w odmie wczesnej niezrównanie przewyższają efekty lecznicze, otrzymywane w przypadkach odmy niewczesnej. Liczba chorych, u których znikły z plwociny prątki dochodzi w tych razach do 80% — 90%, a nawet 100%. Ilość zaś powikłań we wcześnie stosowanej odmie — zwłaszcza wysięków opłucnowych — jest znikoma, co jeszcze bardziej uzasadnia konieczność stosowania odmy jaknajwcześniej. Nie wymaga chyba podkreślenia, jak wielkie znaczenie posiada wczesne stosowanie odmy z punktu widzenia społecznego. Jak żadna inna metoda lecznicza, jest ona w stanie uczynić w krótkim czasie z chorego prątkującego, człowieka bezpiecznego i nieszkodliwego dla otoczenia.

Znaczenie wczesnego rozpoznania.

Rzecz oczywista, że warunkiem podstawowym wczesnego stosowania odmy może być tylko wczesne rozpoznanie jamistej gruźlicy płuc. Jak to udowodniliśmy w pracach swych pt. „O racjonalnym ujęciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego itp. (Polsk. Arch. Med. Wewn. T. 9. z. 2. 1931) i „O indywidualizacji w przewl. gruźlicy płuc" („Wiedza Lekarska" 1931 r. Nr 6), najważniejsze znaczenie dla wczesnego odkrywania rozpadowej gruźlicy płuc posiada badanie rentgenowskie oraz badanie plwociny. Stwierdziliśmy tam, że bez badania rentgenowskiego lekarz nawet najbardziej obznajmiony z techniką fizycznego badania płuc, nie ma prawa wyrokować o obecności, a tymbardziej nieobecności jamy w płucach.

Uwzględniając sytuację lekarzy na prowincji, często nie mających możności przeprowadzenia badania rentgenowskiego, należy uznać za postulat konieczny, by każdy lekarz - praktyk, nawet na najgłuchszej prowincji, obowiązany był w każdym przypadku, połączonym z oddawaniem plwociny — nawet wówczas, gdy badanie fizyczne nie nasuwa nawet podejrzenia na gruźlicę — przeprowadzić badanie bakterioskopowe plwociny. Niestosowanie się do tego powinno — w myśl naszych wywodów w powyższych pracach — być uznane za błąd w sztuce.

Wybór chwili do zastosowania odmy.

Wyżej stwierdziliśmy, że dla osiągnięcia maksymalnie korzystnych wyników leczenia odmą konieczne jest *jaknajwcześniejsze jej zastosowanie w jaknajwcześniej ustalonym* — zapomocą badania rentgenowskiego i plwociny — przypadku rozpadowej gruźlicy płuc. Należy tu jednak zwrócić uwagę na jeden moment. Powszechnie uchodzi, że właściwym wskazaniem do stosowania odmy jest c z y n n a jednostronna jamista gruźlica płuc, przy czym za kryterium czynności sprawy chorobowej uważana jest podwyższona ciepłota ciała i przyśpieszenie odczynu B i e r n a c k i e g o. Naszym zdaniem, sprawa przedstawia się wręcz odmiennie. Zasadniczym wskazaniem leczenia uciskowego jest już sama obecność rozpadu w płucach. Natomiast ostrość i czynność sprawy chorobowej raczej wskazują na konieczność rezerwy w stosunku do danego przypadku. Jak wiadomo, najbardziej charakterystyczną cechą właściwych suchot płucnych jest fazowość, okresowość przebiegu: po obostrzeniach, t.zw. skokach chorobowych, następują okresy długotrwałej nieraz remisji, podczas której chory niejednokrotnie osiąga nawet wspaniałą poprawę kliniczną, na dalszą metę przeważnie pozorną i złudną. Otóż doświadczenie poucza, że jeżeli choremu zastosować odmę w tej fazie, kiedy sprawa chorobowa jest pozornie nieczynna, przynajmniej w okresie bezgorączkowym, — wówczas przebieg odmy jest znacznie lepszy, ilość powikłań, zwłaszcza wysięków, znacznie mniejsza, a charakter ich znacznie łagodniejszy. Dlatego też w zasadzie powinniśmy dążyć do tego, aby, w miarę możności, rozpocząć leczenie uciskowe w okresie remisji, gdy siły obronne ustroju będą górowały. W tym celu powinniśmy przede wszystkim zalecić choremu w okresie skoku gorączkowego bezwzględne pozostanie w łóżku, w jaknajlepszych warunkach zewnętrznych, zwłaszcza klimatycznych, co w większości przypadków spowoduje unormowanie się ciepłoty ciała i umożliwi przystąpienie do zabiegu w znacznie korzystniejszych dla chorego warunkach odpornościowych. W tych zaś, stosunkowo rzadziej spotykanych przypadkach, gdzie nawet kilkudniowe przebywanie chorego w łóżku nie doprowadza do spadku ciepłoty ciała i gdzie wobec tego zmuszeni jesteśmy rozpocząć interwencję czynną w okresie ostrym, wyniki leczenia odmą są, niestety, jak pokazuje doświadczenie, znacznie gorsze. Często w tych razach występują bądź przerzuty do drugiego płuca, bądź — co częściej się spostrzega — wcześnie występują wysięki, przeważnie złośliwe, niejednokrotnie ropne.

Widzimy więc, że w ustaleniu wskazań do stosowania odmy nie tylko należy kierować się objawami czynności sprawy chorobowej, będącymi jedynie momentami natury statycznej, a istnieniem sprawy rozpadowej w płucach, która w dynamice swej jest w zasadzie b. groźna dla chorego. Zasadniczym bowiem zadaniem odmy jest nie osiąganie zniknięcia poszczególnych objawów chorobowych, jak podwyższona ciepłota ciała itp., a radykalne usunięcie p r z y c z y n y tych wszystkich objawów — ogniska rozpadowego, jamy.

I dlatego też dobry stan ogólny chorego z rozpadową gruźlicą płuc, brak objawów toksycznych itd., powinny być momentami przyśpieszającymi naszą decyzję i zachęcającymi nas do rozpoczęcia leczenia uciskowego. Wyczekiwanie w tych razach raczej przyczyni się do zjawienia się nowego skoku chorobowego ewent. przerzutów do innych narządów (krtań, jelita) i powstaniu zrostów, aniżeli do zniknięcia jamy w płucach.

Nie powinny też w zasadzie być przeciwwskazaniem do stosowania odmy nieduże zmiany w płucu przeciwnym, co się, niestety, zbyt często spotyka w praktyce. Doświadczenie poucza, że często zmiany takie pod wpływem odmowania płuca bardziej chorego, również ulegają poprawie. W najgorszym zaś wypadku można jeszcze niejednokrotnie osiągnąć wyleczenie chorego zapomocą następczej odmy drugostronnej.

Sprawa kontynuowania odmy.

Dla osiągnięcia dodatnich wyników za pomocą leczenia odmą, kolosalną rolę odgrywa jeszcze sprawa kontynuowania odmy. Samo bowiem założenie choremu odmy — przy zwykłej ostrożnej technice — nie wymaga od lekarza wielkich umiejętności technicznych. Zresztą, najczęściej chorzy rozpoczynają leczenie odmą bądź u specjalistów - ftizjologów w miejscowościach klimatycznych, gdzie jednocześnie korzystają z dobrodziejstw leczenia higieniczno-klimatycznego, bądź też w szpitalu. Natomiast o wiele trudniejszą i poważniejszą jest sprawa racjonalnego kontynuowania i prowadzenia odmy. Wymaga to fachowości i doświadczenia. Nieodpowiednie ilości wpuszczonego powietrza, nieracjonalne stosowanie ciśnień, błędne stosowanie odstępów między dopełnieniami, niewłaściwe postępowanie z chwilą wystąpienia wysięku opłucnowego, bezcelowe kontynuowanie odmy w przypadkach, w których wskazane jest uzupełnienie wzgl. zastąpienie odmy przez inne zabiegi (przepalanie zrostów, exhaireza, torakoplastyka) — wszystko to może fatalnie wpłynąć na dalszy los chorego, mimo doskonałej nieraz poprawy w początkach stosowania tego leczenia. Stąd, oczywiście, wypływa wniosek, że odmę na prowincji powinien stosować nie każdy lekarz - internista, a jedynie ten, co przeszedł odpowiednią specjalizację i nabył w tej dziedzinie należytego doświadczenia. Jest rzeczą jasną, że najwłaściwiej ta sprawa mogłaby zostać załatwioną na szerszej płaszczyźnie państwowo - społecznej. I dlatego też na IX Międzynarodowym Zjeździe Przeciwgruźliczym w r. 1934 wysunęliśmy w dyskusji (p. Sprawozdanie ze Zjazdu str. 758-59) postulat, iż na terenie każdego państwa powinny być w zgóry określonych większych jednostkach administracyjnych urządzone pełnowartościowe tzn. zaopatrzone w aparat rentgenowski i laboratorium analityczne) przychodnie, na czele których stałby wszechstronnie obznajmiony z techniką prowadzenia odmy lekarz-specjalista i dokąd chorzy mogliby zostać z całym spokojem kierowani dla kontynuowania odmy. Równolegle z takimi, geograficznie równomiernie rozmieszczonymi, wzorowymi przychodniami, istniejące już wzgl. mające powstać na obszarze danej jednostki administracyjnej przychodnie, nienależycie jeszcze urządzone i wyposażone, powinny narazie być uznane jedynie za obwodowe stacje opieki, z którymi gruźliczo chorzy mogliby utrzymać kontakt bezpośredni. Poza zwykłą swoją dotychczasową działalnością stacje te zobowiązane byłyby szczególną opieką otoczyć chorych leczonych odmą. Jednym z najważniejszych zadań tych stacji byłoby dostarczenie choremu ulgowych wzgl. bezpłatnych środków lokomocji w terminach, oznaczonych dla dopełniania odmy. Nie tu jest miejsce na przytoczenie wszystkich innych szczegółów tego planu, jak np. postulatu, aby we wszystkich państwach urządzone zostały przy uniwersytetach katedry ftizjologii, gdzie lekarze mogliby otrzymywać gruntowne wykształcenie specjalistyczne. Stoimy bowiem na stanowisku, że nie wystarczy dążyć tylko do uzyskania jaknajwiększej ilości aparatów rentgenowskich i mikroskopów. Niemniejszą bowiem rolę w walce z gruźlicą będą odgrywać wykwalifikowane kadry lekarskie.

*
* *

Po omówieniu szeregu momentów, których znajomość wydaje się nam konieczną dla właściwej oceny odmy, jako najczęściej stosowanej metody chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc, przejdziemy teraz do rozpatrzenia pod tym samym kątem wi-

dzenia (na wszechstronne omówienie, oczywiście, nie tu jest miejsce), innych metod chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc.

Zabieg przepalania zrostów metodą Jacobaeusa.

Jeśli chodzi o zabieg przepalania zrostów metodą Jacobaeusa, należy poczynić następujące uwagi. Jak wiadomo, zadaniem zabiegu tego jest przekształcenie odmy częściowej, uniemożliwiającej zapadnięcie jamy z powodu zrostów, w odmę całkowitą. W swoim czasie, omawiając w innym miejscu, cel leczenia za pomocą odmy, wyraziliśmy pogląd, że zasadniczym przeznaczeniem jej jest osiągnięcie radykalnego, trwałego wyleczenia gruźlicy jamistej. Samo bowiem uzyskanie poprawy klinicznej jest niewystarczające. Zdarza się ono, jak wiadomo, nierzadko w przebiegu mniej posuniętych, wzgl. mniej zjadliwych postaci rozpadowej gruźlicy płuc, jako zjawisko, niestety, przeważnie przemijające. Dlatego też za probierz istotnego, dodatniego wyniku, osiąganego za pomocą leczenia odmą, wysunęliśmy następujące 4 punkty: 1) zniknięcie prątków z plwociny, jeśli uprzednio takowe dawały się stwierdzić; 2) ustąpienie klinicznych i rentgenologicznych objawów jamowych, o ile takowe miały miejsce; 3) zanik wszelkich objawów toksycznych: T°, tętno, O. B., waga, poty nocne itp., o ile one występowały poprzednio i wreszcie 4) trwałość dopiero co wymienionych wyników. *Pierwsze 3 wymienione postulaty powinny w zasadzie zostać osiągnięte już w ciągu pierwszych 2 — 3 — 4 miesięcy od chwili zastosowania odmy.* W przeciwnym razie powinno to lekarzowi, stosującemu odmę, nasunąć myśl, że, najprawdopodobniej, przyczyna niedostatecznego działania odmy tkwi w przeszkodach technicznych — w postaci zrostów, szczególnie przy braku przerzutów do drugiego płuca wzgl. do innego narządu. I dlatego też, jeżeli po upływie wyżej wspomnianego okresu od chwili zapoczątkowania leczenia odmą, chory nadal prątkuje i jama nie wykazuje tendencji do zamknięcia się, to, mimo dobrego nieraz ogólnego stanu chorego i dobrego jego samopoczucia, nawet w braku możności ustalenia w obrazie rentgenowskim obecności zrostów, jako przeszkody do skutecznego działania odmy, — lekarz obowiązany jest przekazać chorego ftizjologowi-specjaliście, obznajmionemu z techniką operacji Jacobaeusa, celem dokonania tego zabiegu. Przede wszystkim choremu zostaje dokonana torakoskopia, polegająca na tym, że do jamy opłucnej zostaje poprzez troakar wprowadzony wziernik, umożliwiający zorientowanie się nie tylko co do obecności zrostów, ale i oceny ich ilości, jakości, przebiegu itd. Torakoskopia jest zabiegiem absolutnie niewinnym, nieszkodliwym i niebolesnym (znieczulenie miejscowe). Umożliwia ona natomiast, jak żadna inna metoda, (z badaniem rentgenowskim — zwykłym i stereoskopowym — włącznie), prawidłową ocenę stosunków w jamie opłucnowej. Torakoskopia umożliwia dopiero właściwą decyzję o celowości i konieczności przepalania w danym przypadku zrostów, t.zn. dokonania torakokaustyki. Torakokaustyka jest zabiegiem poważniejszym, wymagającym ze strony operatora ścisłego przestrzegania zasadniczych prawideł, dotyczących zarówno oceny i kwalifikowania danego zrostu do przepalania, jak i samej techniki przepalania. Wyniki, osiągane za pomocą tego zabiegu, wskazują na konieczność jaknajszerszego jego stosowania w odpowiednich przypadkach. Jak dowodzą wielkie statystyki Jacobaeusa, Unverrichta, Kremera i in. wynik dodatni, w sensie przekształcenia odmy częściowej w odmę całkowitą (a więc wzrost szans na wyleczenie w trójnasób) — zostaje osiągany w 70 — 80%, już po uwzględnieniu wszystkich możliwości powikłań. Śmiertelność zaś — głównie z powodu ropnego wysięku — wynosi najwyżej 1%.

Chcieliśmy tu zwrócić uwagę na kilka momentów, które powinien przestrzegać lekarz, kierując chorego do zabiegu Jacobaeusa. Przede wszystkim jest rzeczą jasną, że o zabiegu tym w ogóle może być mowa tylko wówczas, gdy istnieje odma, conajmniej na tyle oddalająca płuco od klatki piersiowej, że pozwala na wprowadzenie narzędzi (torakoskopu, ewent. kau-

tera). Poza tym nie należy z zasady zbyt wcześnie przystępować do zabiegu przepalania zrostu, a mianowicie, conajmniej przed upływem 2-3-4 miesięcy od chwili zapoczątkowania odmy. Jak wykazuje bowiem doświadczenie w ciągu tego czasu — a nieraz i jeszcze później — zrosty, zwłaszcza jeżeli są cienkie, mogą jeszcze ulec doskonałemu samoistnemu rozciągnięciu, zatracając w ten sposób i bez zabiegu czynnego swój charakter przeszkody technicznej do całkowitego uciśnięcia jamy. Wreszcie, w ciągu wspomnianego okresu, zrosty mogą dopiero stać się, że się tak wyrazimy, „dojrzałymi" (ceteris paribus) do przepalenia; w tym czasie bowiem ulegają one nietylko maksymalnemu wydłużeniu przez rozciąganie (a ma to kolosalne znaczenie dla techniki zabiegu), ale zachodzące w rozciągniętym zroście zmiany wsteczne, z zanikiem naczyń i bujaniem tkanki łącznej, gwarantują większe bezpieczeństwo zabiegu.

Jeżeli jednak nie należy przystępować do zabiegu Jacobaeusa przed upłynięciem wspomnianego okresu czasu, nie powinno się jednak też zbyt długo z nim zwlekać. Pomijając już niebezpieczeństwa, wypływające dla chorego z samego faktu obecności nieuciśniętej jamy (powstawanie nowych ognisk z ewent. przerzutami do drugiego płuca, krwawienia płucne, stała intoksykacja itp.) należy tu mieć na względzie znany zresztą każdemu lekarzowi, stosującemu odmę, fakt, że kontynuowanie odmy w przypadkach ze zrostami niejednokrotnie przyczynia się wprost do pogorszenia stanu chorobowego. Składa się na to nietylko szarpanie ściany jamowej, przytrzymywanej przez zrost a jednocześnie odpychanej przez odmę, ale i — jak można wnioskować z obserwacji klinicznej — pogarszanie się warunków drenażu jamy i opróżniania się jej treści. Zresztą, jak wynika z badań histopatologicznych, wykonanych przez Ilsę Franz w Sanatorium Guardaval w Davos pod kierunkiem Maurera, wykazuje ściana jamowa w miejscu, gdzie jest ona trzymana przez zrost, nie tylko najmniejszą tendencję do gojenia się, ale wprost przeciwnie — objawy postępowania sprawy chorobowej. Dlatego też szczególnym wskazaniem do możliwie najszybszego zastosowania zabiegu Jacobaeusa będą przypadki . t. zw. jamami wiszącymi na zroście.

*

Odma olejowa.

Do zabiegów czynnych, stosowanych w przebiegu gruźlicy płuc przez internistę — ftizjologa należy też odma olejowa. Jak wiadomo, polega ona na wprowadzeniu do jamy opłucnowej rozczynu gomenolu, bądź w oliwie, bądź w parafinie. Wskazania do jej stosowania mogą być dwojakiego rodzaju: 1) w celach dezynfekcyjnych w przypadkach gruźliczego ropnego wysięku, 2) w celach uciskowych, bądź w przypadkach, gdzie jama opłucnowa — zwłaszcza po przebytym wysięku w przebiegu odmy — wykazuje tendencję do zarastania, bądź też w przypadkach z jamami o ścianach zgrubiałych, stwardniałych, nie poddających się uciskowi za pomocą powietrza.

Doświadczenie wykazuje, że o ile w przypadkach tego drugiego rodzaju stosowanie odmy oliwnej jest niebezpieczne powodując niejednokrotnie przebicie oliwy do oskrzeli z powstaniem przetoki opłucnowo - oskrzelowej, i naogół rzadko osiąga swe zadania, o tyle w przypadkach, z ropnymi wysiękami gruźliczymi wynik jest nieraz wspaniały. Mamy w swej ewidencji m. in. przypadek, gdzie chory po przebytej odmie olejowej, w następstwie odmowego gruźliczego wysięku ropnego o b. ciężkim przebiegu, osiągnął tak wspaniałe wyleczenie, iż został przyjęty po tym do wojska i służył, jako pełnowartościowy żołnierz.

*

Przechodzimy teraz do omówienia zabiegów, w zasadzie wykonywanych przez chirurga na zlecenie internisty - ftizjologa.

Zabiegi chirurgiczne na nerwie przeponowym.

Przed wszystkim omówimy po krótce zabiegi, polegające na przerwaniu ciągłości nerwu przeponowego. Są to zabiegi technicznie nietrudne i dla chorego mało uciążliwe. Polegają one, jak wiadomo, na odnalezieniu na szyji, nad obojczykiem, nerwu przeponowego, wyrwaniu go (phrenicoexhairesis) wzgl. przecięciu (phrenicotomia) lub też nastrzyknięicu alkoholem (alcoholisatio). Powoduje to, w zależności od rodzaju zastosowanego sposobu, przerwanie ciągłości nerwu i ostateczne wzgl. tymczaso-

we porażenie przepony, w następstwie czego zostaje zniesione rozszerzanie się płuca, podczas oddychania, ku dołowi. Tym samym zostaje częściowo zniesiony uraz oddechowy, z jego ujemnym wpływem na gojenie się jam w płucu. Poza tym odgrywają tu dużą rolę korzystne zmiany w krążeniu krwi i chłonki, zwłaszcza zaś w unerwieniu; te ostatnie powodowane są tym, że wraz z nerwem przeponowym zostają wyrwane gałązki innych nerwów (współczulny), przebiegających we wspólnej z nim pochewce.

Wskazane są zabiegi na przeponie wówczas, gdy z powodu całkowitego zarośnięcia jamy opłucnowej leczenie odmą jest technicznie niemożliwe albo też w tych przypadkach, gdy odma jest—z powodu zrostów—częściowa, przepalanie zaś zrostów jest technicznie niemożliwe. W tych przypadkach wyrwanie nerwu przeponowego ma zastosowanie, bądź jako zabieg uzupełniający odmę, bądź też jako zabieg zastępczy ewent. wstępny do torakoplastyki. Jak jednak wykazaliśmy w dyskusji na VI Ogólnopolskim Zjeździe Przeciwgruźliczym (sprawozdanie str. 180 — 184) stosowanie zabiegu wyrwania nerwu przeponowego, jako zabiegu samodzielnego, bez uprzedniej próby stosowania odmy, musi być stanowczo zarzucone.

Wyniki, otrzymywane za pomocą stosowania zabiegu wyrwania nerwu przeponowego są niezrównanie niższe od wyników, osiągniętych za pomocą leczenia odmą. W tych jednak przypadkach, gdy stosowanie odmy jest technicznie niemożliwe, zabieg ten godny jest jaknajszerszego stosowania. W pewnym, niewysokim coprawda, odsetku przypadków, udaje się za pomocą zabiegu tego osiągnąć całkowite wyleczenie jamy i zaoszczędzić w ten sposób choremu poważniejszego zabiegu torakoplastyki. Wbrew utartemu zdaniu, że wyniki dodatnie otrzymuje się jedynie wtedy, gdy jama położona jest w dolnej części płuca, w górnej zaś — tylko wówczas, gdy zarośnięta szpara międzypłatowa, — należy stwierdzić, iż mechanizm korzystnego wpływu zabiegu nerwu przeponowego na jamy położone w płucu — niezależnie od tego, czy w dolnej, czy w górnej części — jest znacznie bardziej złożony i rzadko obliczalny. Niejednokrotnie widuje się wspaniałe wyniki zagojenia jam, położonych w górnej części płuca, przy braku zrostów między płatami i naodwrót. Naogół należy powiedzieć, że przy istnieniu wyżej podanych wskazań, zabieg ten należy jaknajszerzej stosować. Wyniki zaś naogół są dobre; nie dadzą się jednak zgóry przewidzieć. Na jedną tylko rzecz należy tu zwrócić uwagę. Doświadczenie wykazuje, — że im wcześniej zabieg ten, po ustaleniu wskazania będzie stosowany, tym wynik będzie lepszy. Zwlekanie w tych razach najwyżej przyczyni się do stwardnienia ściany jamowej i coraz większej utraty elastyczności tkanki płucnej — co jest tak ważne dla ewent. jej ściągania się po zastosowaniu zabiegu — nie mówiąc już o możliwości przerzutów do drugiego płuca albo innych narządów.

*

Plomba płucna.

Następnym, ściśle chirurgicznym zabiegiem stosowanym w leczeniu jam gruźliczych jest stosowanie plomby płucnej. Zabieg ten polega na tym, że pozaopłucnowo umieszcza się nad jamą odpowiednią ilość masy płynnej, szybko twardniejącej — najlepiej parafiny, — która po wygojeniu się utrzymuje jamę w stanie stałego zapadnięcia. Jest to zabieg stosunkowo nieduży, nie połączony naogół z niebezpieczeństwem; natomiast granice jego stosowania nie są zbyt obszerne, Przede wszystkim, konieczne jest, aby opłucna na całej przestrzeni, gdzie ma być wykonany zabieg, była mocno zarośnięta. W przeciwnym razie, opłucna ścienna może albo ulec uszkodzeniu podczas operacji albo też nie wytrzymać ciężaru plomby, która w pewien czas po zabiegu może, po przerwaniu opłucny, wpaść do jamy opłucnowej. Drugim warunkiem jest, aby jama w płucu nie była zbyt blisko położona opłucny, a tym samym ściany klatki piersiowej. Nieprzestrzeganie tego warunku t. zn. zakładanie plomby w tych

przypadkach, gdy pomiędzy jamą a plombą nie znajduje się się możliwie gruba warstwa tkanki płucnej, może spowodować, że albo jama zostanie przypadkowo otworzona podczas zabiegu albo też ulegnie ona przerwaniu później pod wpływem ciężaru plomby. Wreszcie, powinna też być przestrzegana zasada, że jama mająca ulec zamknięciu za pomocą plomby, nie może być zbyt duża. Konieczność bowiem stosowania większych rozmiarów plomb, ponad 200 — 300 g parafiny, znowu może przyczynić się do przerwania jamy z następczym zakażeniem łożyska plomby i powstaniem trudnej do opanowania przetoki płucno - skórnej.

Z powiedzianego wynika więc, że liczba przypadków, kwalifikujących się do zakładania plomby, siłą rzeczy nie może być zbyt duża. Nie mówiąc już o tym, że zabieg ten nawet w najlepszym wypadku, kryje w sobie jeszcze jedną niedogodność: stałe pozostawanie w ustroju ciała obcego w postaci parafiny, powoduje niekiedy późne ropienia łożyska plomby, z niejednokrotnym powstaniem przykrych przetok. Wszystko to mocno ogranicza zakres stosowania plomby. W odpowiednich jednak przypadkach, zwłaszcza tam, gdzie stosowanie większego zabiegu, torakoplastyki, jest — bądź z powodu stanu ogólnego, bądź z powodu zmian w płucu przeciwnym — przeciwwskazane, zabieg ten może oddać doskonałe usługi.

We własnej obserwacji mamy obok przypadków, gdzie po szeregu lat dobrego stanu i samopoczucia nastąpiło zropienie plomby i wydzielenie jej nazewnątrz — bądź drogą oskrzeli, bądź poprzez ścianę klatki piersiowej z wytworzeniem się ciężkich przetok, — takie, w których dzięki plombie chorzy nie tylko się wyleczyli, ale stali się zdolnymi do pracy (czas obserwacji od 4 do 12 lat).

*

Torakoplastyka.

Wreszcie została nam do omówienia torakoplastyka. Jak wiadomo, zabieg ten polega na zmniejszeniu wymiarów szkieletu kostnego — a tym samym i pojemności klatki piersiowej po stronie płuca chorego za pomocą zewnątrzpłucnowego podokostnowego wycinania odpowiednich kawałków żeber. Zadaniem zabiegu tego jest, przez zmniejszenie objętości płuca, spowodowanie zapadnięcia jamy oraz wytworzenie takich zmian w krążeniu krwi i chłonki, które sprzyjają gojeniu i zabliznowaceniu chorych części płuca.

Im większy jest zabieg, t.zn. im większa liczba żeber zostaje objęta wycięciem, im dłuższe ich kawałki są wycięte i im bardziej od tyłu zostają one usuwane, — tym skutek jest większy. Równolegle jednak z tym wzrasta też ciężkość zabiegu i niebezpieczeństwo dla chorego. Dlatego też dążymy, w miarę możności, t. zn. w zależności od położenia i wielkości jamy, do ograniczenia rozległości zabiegu do minimum. Doświadczenie wykazuje, że w większości przypadków, w zupełności wystarczająca jest plastyka częściowa, górna, polegająca na usunięciu 5 - 6 - 7 górnych żeber. Poza tym na podstawie doświadczenia ustalono, że w razie konieczności stosowania większego zabiegu plastycznego, a mianowicie całkowitej torakoplastyki, wygrywa się ogromnie na bezpieczeństwie, jeżeli zabieg zostaje wykonywany wieloczasowo, t. zn. z wycinaniem po kilka jedynie żeber za każdym razem.

Technika torakoplastyki ulega coraz większym udoskonaleniom, wzrasta też liczba, podawanych przez różnych autorów, modyfikacji. Każdy poszczególny przypadek wymaga ścisłego współdziałania chirurga z internistą - ftizjologiem. W zależności od wymiarów jamy, jej siedziby, (bliżej tyłu czy przodu klatki piersiowej), stanu ogólnego i zasobu sił żywotnych chorego, stanu innych jego narządów (serce, nerki) itp. — zostaje wspólnie ustalony plan i rozmiar operacji. Jeżeli od chirurga, w tak ciężkim i poważnym zabiegu, jakim jest torakoplastyka, wymaga się doskonałego opanowania techniki, wywierającej — jak wykazuje doświadczenie — kolosalny wpływ na zejście zabiegu, o tyle na interniście - ftizjologu ciąży obowiązek wczesnego ustalenia wskazania i skierowanie chorego w porę do zabiegu plastycznego. W każdym przypadku, kwalifikującym się do leczenia odmą, gdy leczenie to jest techniczne niemożliwe z powodu zrostów, te ostatnie nie nadają się do usunięcia za pomocą zabiegu Jacobaeus'a, zabieg zaś wyrwania nerwu przepono-

wego jest niewystarczający, a do plomby przypadek, z wyżej szczegółowiej omówionych względów, nie kwalifikuje się — internista-ftizjolog obowiązany jest rozważyć wskazanie do torakoplastyki. O ile ogólny stan chorego, stan przeciwnego płuca, stan innych ważnych narządów (serce, nerki) nie stanowią przeciwskazania, chory powinien być niezwłocznie zakwalifikowany do zabiegu plastycznego. Wszelkie zwlekanie w tych razach zmniejsza, przez obniżenie sił żywotnych ustroju, szanse chorego na korzystny wynik zabiegu. Bardzo często też wyczekiwanie w tych razach powoduje zmiany przerzutowe w innych narządach (przeciwnym płucu, krtani, jelitach), przez co zabieg staje się wręcz niemożliwym.

Wynika z tego, że i torakoplastyka, jeżeli się chce mieć dobre wyniki, nie powinna być uważana jedynie jako ultimum refugium, wówczas gdy stan chorego z jamą staje się już zły. Powinna ona być stosowana możliwie wcześnie, jako sposób radykalnego leczenia uciskowego w tych przypadkach, gdy jama nie może zostać opanowana bardziej łagodnymi, wyżej omówionymi, metodami leczenia chirurgicznego. Nie tu jest miejsce na szczegółowe omówienie przypadków torakoplastyki z naszego własnego doświadczenia. Uczynimy to w innym miejscu. Chcieliśmy tu tylko podać, że wyniki nasze są naogół b. dobre. Materiał nasz obejmuje głównie przypadki operowane przez chirurgów zagranicznych *(Sauerbruch, Nissen, Thomsen, Denk i in.)*, kilka jedynie przypadków operowano w kraju. Przypadków bezpośredniej śmierci (mimo to, że 2 przypadki dotyczą chorych z ciężką cukrzycą) nie mieliśmy ani razu. Odnosimy natomiast wrażenie że — ceteris paribus, t. zn. przy materiale jednakowym w sensie odpowiednio wczesnego kwalifikowania do zabiegu — wyniki są tym lepsze, im technika zabiegu u danego chirurga jest doskonalsza i im rozleglejsze w tej dziedzinie jest jego doświadczenie.

Należy bowiem zaznaczyć, że zagranicą leczenie jam za pomocą torakoplastyki jest zabiegiem powszechnym, pospolitym. Liczba dokonanych zabiegów sięga dziesiątków tysięcy. Wyniki dodatnie sięgają 60% — 80%, z czego 40% — 50% całkowitych wyleczeń, a 20 — 30% znacznych popraw.

Jedynie od ogółu naszych internistów-ftizjologów zależy, aby i nasi chirurdzy mogli zdobyć, przez masowe doświadczenie, odpowiednią technikę, dającą tak wspaniałe wyniki operacyjne. Zostanie to osiągnięte wówczas, gdy ogół naszych lekarzy będzie konsekwentnie przeprowadzał zasadę, że jedynie skutecznym leczeniem jam gruźliczych w płucach jest leczenie uciskowe, że leczenie to powinno być jaknajwcześniej rozpoznanym przypadku jamistej gruźlicy płuc; że leczenie to powinno zawsze być rozpoczynane od odmy. W przypadkach zaś, gdy odma z powodu zrostów nie osiąga swego celu i zabiegi uzupełniające (przepalanie zrostów, wyrwanie n. przeponowego) również tego dokonać nie są w stanie, chory powinien być niezwłocznie skierowany do leczenia krwawo-chirurgicznego. Wszystkie wymienione etapy leczenia chirurgicznego powinny być konsekwentnie stosowane dla dobra chorego bez jakiejkolwiek bądź zwłoki. Tylko w ten sposób bowiem można osiągnąć jaknajlepsze wyniki, i to zarówno w sensie indywidualnym, jak i społecznym. Przez racjonalne i wczesne stosowanie leczenia chirurgicznego nietylko przywróci się społeczeństwu całe masy ludzi w najlepszym wieku o maksymalnej wydajności pracy, którzy bez tego leczenia skazani byli na powolne przeważnie dogorywanie i nieprodukcyjne bytowanie całymi latami na koszt pozostałego społeczeństwa, ale w najszybszy i najskuteczniejszy sposób osiągnie się też niszczenie zarazy przez przeobrażenie gruźlicy otwartej w zamkniętą.

Znaczenie społeczne chirurgicznego zwalczania gruźlicy płuc.

Jakie posiada ono olbrzymie znaczenie społeczne, najlepiej mogą świadczyć następujące dane: o ile w pierwszych czasach stosowania odmy, do zabiegu tego kwalifikowało się (w/g Ulrici'ego) zaledwie 3% wszystkich zgłaszających się chorych z otwartą gruźlicą, a następnie odsetek ten wzrósł do 10 — 15%, to już dziś większość autorów (Zinn, Schröder

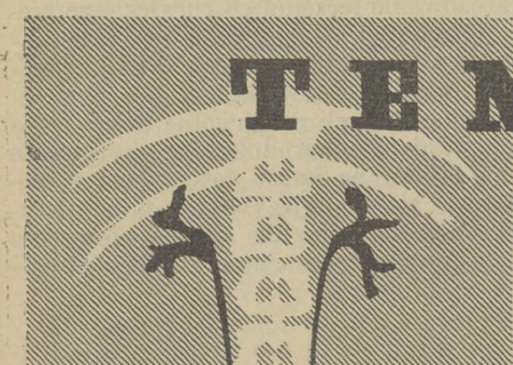
i in. na podstawie statystyk, podawanych przez rozmaite przychodnie, dochodzą do wniosku, że aż 20 — 25% tego rodzaju chorych nadaje się do leczenia uciskowego. Charakterystyczna jest statystyka W i e s n e r a z sanatorium Pappenheim, przytoczona na Zjeździe Niemieckiego Centralnego Komitetu do zwalczania gruźlicy w 1931 r. — że w 1925 r. — 8½% chorych z otwartą gruźlicą leczonych było chirurgicznie, w 1926 r. — 15%, w 1927 r. — 20½%, w 1928 r. — 39%, a w 1929 r. — aż 42%.

Jeżeli istnieje możliwość — dzięki, oczywiście, wczesnemu rozpoznaniu — stosowania aż u 42% chorych z otwartą gruźlicą leczenia chirurgicznego, to uwzględniając, że przy wczesnym stosowaniu tego leczenia, udaje się, jak wyżej widzieliśmy, osiągnąć odprątkowanie aż w 80 — 90%, nietrudno sobie wyobrazić, jak kolosalne znaczenie może posiadać racjonalne stosowanie leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc w zwalczaniu gruźlicy, jako klęski społecznej [1]).

[1]) Ze względu na brak miejsca nie jesteśmy w stanie podać tu — posiadanych przez nas — odpowiednich historii chorych wraz z licznymi seryjnymi rentgenogramami, które zilustrowałyby słuszność wypowiedzianych tez.

Zapisujcie się na członków Rodziny Lekarskiej. konto czek. P.K.O. nr. 15.922
Składajcie ofiary na budowę schroniska dla wdów i sierot po lekarzach
konto czekowe P.K.O. nr. 18.235

TENEBRYL



Dwujodo-metano-sulfonian sodu (68,6% J)

NAJLEPSZY ŚRODEK KONTRASTUJĄCY
DO BADAŃ RENTGENOLOGICZNYCH

40% ROZTWORY TENEBRYL AMPUŁKI

urografia dożylna u dorosłych	*20 cm³*
urografia dożylna u dzieci	*5 cm³ i 10 cm³*
arteriografia	*10 cm³*
arthrografia	*5 cm³*

20% ROZTWORY TENEBRYL AMPUŁKI

pyelografia wstępująca

L. NASIEROWSKI

Chem. farm. zakłady, Warszawa 22, Kaliska 9.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Patogeneza ostrego obrzęku płuc w zwężeniu lewego ujścia żylnego. (Pathogenie de l'oedème aigu pulmonaire du retrecissement mitral.) P. B r o u s t e t.

Paris Médical Nr 19, 1938.

Ostry obrzęk płuc spostrzega się często w przebiegu ciąży u kobiet dotkniętych zwężeniem lewego ujścia żylnego, występuje jednak również niezależnie od ciąży i porodu. Nawiedza on częściej kobiety, niż mężczyzn, gdyż zwężenie lewego ujścia żylnego częstsze jest u kobiet; częściej występuje w czystej postaci tej wady, niż w wadach skojarzonych; zazwyczaj pojawia się przy miarowej czynności serca. Autor spostrzegał, że z chwilą przejścia rytmu miarowego w niemiarowość zupełną ustępowały często, dawniej powtarzające się napady ostrego obrzęku płuc.

Obraz kliniczny ostrego obrzęku płuc jest różny: niekiedy przebiega burzliwie, z gwałtowną dusznością i obfitym odpluwaniem pienistej plwociny, niekiedy zaś z nieznaczną dusznością, objawami zapalenia oskrzeli i małą ilością plwociny. Jednakże powtarzające się napady ostrego obrzęku płuc u tego samego chorego mają zawsze jednakowy przebieg, niekiedy pojawiają się wyłącznie w nocy, o tej samej godzinie.

Jako przyczynę wywołującą napad autor wymienia wysiłek fizyczny, zmianę ciepłoty otoczenia, za zimną lub za gorącą kąpiel.

Po ustąpieniu ostrego obrzęku płuc chorym powraca dobre poczucie wraz z równoczesną, niekiedy trwałą poprawą niewydolności układu krążenia, w przeciwieństwie do podobnych napadów w przebiegu nadciśnienia lub zmian zastawek tętnicy głównej. W tych bowiem stanach pojawienie się ostrego obrzęku płuc powoduje trwałe, postępujące pogorszenie choroby.

Autor opisuje obserwowane 2 przypadki zwężenia żylnego, w których ostry obrzęk płuc pojawił się jako wyraz uczulenia — u jednej chorej po wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej, u drugiej z powodu nosicielstwa tasiemca. W obu przypadkach po usunięciu choroby zasadniczej napady obrzęku płuc więcej nie powtarzały się.

Zaburzenia ze strony układu krążenia w przebiegu ciąży u kobiet ze zwężeniem lewego ujścia żylnego autor dzieli na dwie grupy — przewlekłe, ujawniające się już w ciąży i nie ustępujące po porodzie, oraz pojawiające się nagle po porodzie u kobiet, które w czasie ciąży nie odczuwały żadnych dolegliwości sercowych. W grupie drugiej ostry obrzęk płuc pojawia się nagle w kilka dni po porodzie, bez żadnej uchwytnej przyczyny, u chorych leżących wśród zupełnego spokoju. Przebiega zazwyczaj burzliwie, jednak nie wywołuje w następstwie trwałych zaburzeń krążenia, występuje jednorazowo, nie powtarzając się. Autor podkreśla, że ostry obrzęk płuc występuje zawsze u chorych z przerostem a nie z rozszerzeniem serca, zwłaszcza przedsionka lewego. Spostrzeżenia te zostały potwierdzone badaniami elektrokardiograficznymi.

Na podstawie swych przypadków autor uważa, że ostry obrzęk płuc u chorych ze zwężeniem lewego ujścia żylnego powstaje na skutek nagłych zaburzeń naczynioruchowych, czy to na tle odruchowym, czy w następstwie zaburzeń krążenia w ciąży i nagłą zmianą rozmieszczenia krwi po porodzie. Zaburzenia te wywołują upośledzenie krążenia płucnego, co prowadzi do ostrego obrzęku płuc.

O stosowaniu nowych odprowadzeń w elektrokardiografii. (Lla cardiologie en 1938. Sur l'emploi de nouvelles derivations en electrocardiographie.) P. H a r v i e r i R. B o u c o m o n t.

Paris Médical Nr 19, 1938.

Trzy podstawowe odprowadzenia E i n t h o w e n a pozwalają kardiologom wyciągać daleko idące wnioski przede wszystkim w odniesieniu do rytmu serca i stanu mięśnia sercowego. Obecnie nowe pole do badań stworzyło stosowanie innych odprowadzeń, określanych jako IV i V. Odprowadzenia te, zwane sercowymi, polegają na umieszczeniu jednej elektrody czy to w IV międzyżebrzu wzdłuż lewego brzegu mostka, czy to na koniuszku serca, drugiej zaś na plecach w okolicy łopatki, na ramieniu prawym lub na goleni lewej.

Max H o z m a n n ogłosił obserwacje kliniczno - elektrokardiograficzne na podstawie odprowadzeń sercowych, stwierdzając, że odprowadzenia te niekiedy są bez znaczenia, niekiedy jednak pozwalają wykryć poważne zmiany w zakresie serca.

Nowe odprowadzenia sercowe dają bądź potwierdzenie zmian dostrzeżonych w 3 podstawowych odprowadzeniach, bądź ujawniają nowe zmiany, nie stwierdzane w innych odprowadzeniach, co pozwala wyciągać wnioski, ważne dla rozpoznania.

W zapaleniu, względnie w zwyrodnieniu mięśnia sercowego pochodzenia wieńcowego, nie można opierać się obecnie na elektrokardiogramach, wykonanych w 3 podstawowych odprowadzeniach, jeśli się nie znajduje potwierdzenia zmian w odprowadzeniu sercowym, wykonanym w spokoju i po wysiłku. Z pracy H o z m a n n a wynika, że w wielu przypadkach decydującym jest odprowadzenie IV, przy czym otrzymane z IV międzyżebrza i prawego ramienia jest szczególnie ważne dla ustalenia zmian w przedsionkach, natomiast do stwierdzenia odchyleń w komorze lewej stosuje się odprowadzenie z koniuszka serca.

Badania prawidłowego elektrokardiogramu w odprowadzeniu sercowym przeprowadzał S o r s k y dochodząc do wniosków następujących:

1) załamek *P* jest mały, często ujemny, niekiedy dodatni, dwufazowy lub izoelektryczny,
2) załamek *QRS* jest dwufazowy,

3) załamek P i R szczytami skierowane są przeważnie ku górze,
4) odcinek ST jest łukowaty, głęboki, poniżej linii izoelektrycznej, bywa nieuchwytny jeśli fala T jest dodatnia lub mała dwufazowa,
5) załamek T jest zazwyczaj ujemny, o wysokiej amplitudzie i ostrym szczycie.

Autor zaobserwował, że jeśli elektrodę sercową przesuwa się ku stronie prawej, amplituda P zmniejsza się, R zwiększa się, a odwrócony załamek T staje się mniej lub więcej głęboki. Jeśli zaś elektrodę sercową przesuwa się ku stronie lewej otrzymuje się wyniki odwrotne.

Van Nieuwenlmizen i Hartog przeprowadzali badania elektrokardiograficzne, wykonując zdjęcia w IV odprowadzeniu w przypadkach skrzeplin tętnic wieńcowych. Otrzymali oni dwa typy elektrokardiogramów:

1. składa się z załamka *QRS* dodatniego, nagle powstającego, odcinka *ST* początkowo spłaszczonego, względnie lekko łukowatego, przedłużającego się w kąt 120 — 130 z krzywą wznoszącą się, zapoczątkowującą falę T dodatnią lub izoelektryczną. Odcinek *ST* może być znacznie poniżej linii izoelektrycznej. Taki elektrokardiogram jest charakterystyczny dla zawału ściany przedniej;
2. charakteryzuje się głębokim załamkiem Q, często rozszczepionym, odcinkiem *ST* łukowatym i głębokim załamkiem T. Ten rodzaj elektrokardiogramu jest typowy dla zawału tylnej ściany lub przegrody.

Również ci autorzy przypisują duże znaczenie głębokiemu załamkowi P. W 85% przypadków z takimi załamkami stwierdzali zmiany organiczne w mięśniu sercowym, lub w naczyniach wieńcowych.

Z pośród wielu proponowanych odprowadzeń sercowych autorzy amerykańscy dwóm tylko przypisują największe znaczenie; jest to odprowadzenie IV *f* otrzymane z elektrody sercowej i umieszczonej na goleni lewej, oraz IV *r* z elektrody sercowej i umieszczonej na ramieniu prawym.

O żółtym zabarwieniu skóry. (La xanthochromie cutanee carotinémique.) P. Savy, A. Vachon i D. Vincent.

Journal de Médecine de Lyon, Nr 439, 1938.

W związku z obserwowanymi ostatnio przypadkami żółtego zabarwienia skóry u chorych cukrzycowych, autorzy zwracają uwagę na to zjawisko, które zazwyczaj ma przebieg łagodny i zasługuje na miano choroby tylko w rzadkich przypadkach, gdy towarzyszą mu poważne zaburzenia przemiany materii.

Żółte zabarwienie skóry, zależne od zwiększenia poziomu karotyny we krwi występuje zazwyczaj na dłoniach i podeszwach, a niekiedy tylko w postaci rozlanej, przypominającej żółtaczkę.

Swoisty żółty odcień skóry, brak zabarwienia spojówek oraz brak barwików żółciowych w moczu przy równoczesnym zwiększeniu poziomu lipoidów i karotyny we krwi, a prawidłowym poziomie bilirubiny pozwala rozpoznać to cierpienie.

Zaburzenia w przyswajaniu karotyny dają się zauważyć przede wszystkim u chorych na cukrzycę i takie właśnie przypadki obserwowali autorzy niniejszej pracy. Stwierdzili oni, że niekiedy xanthodermia może być wywołana spożywaniem nadmiernych ilości jarzyn obfitujących w karotynę (szpinak, kapusta, groch, marchew, kukurydza, ogórki, dynia, pomarańcze i mandarynki). Na ogół jednak zwiększenie dopływu karotyny nie jest warunkiem koniecznym i wystarczającym do powstania xanthodermii, która jest wyrazem zaburzeń w przyswajaniu karotyny. Autorzy zaburzenia te uzależniają od upośledzonej czynności wątroby, w której zachodzi przemiana karotyny w witaminę A.

Obserwowane zaburzenia we wszystkich przypadkach miały przebieg łagodny i były przemijające.

Leczenie tych stanów polega na ograniczeniu spożywania pokarmów zawierających karotynę, co zazwyczaj wystarcza dla zniknięcia żółtego zabarwienia. W przypadkach uporczywych proponują podawanie środków żółciopędnych.

Leczenie ostrego zapalenia żył kończyn dolnych za pomocą wczesnego opatrunku uciskowego. (Le traitement de la phlebite aigue des membres inferieurs par la compression précoce). A. Pratsicas i C. Theohari.

Journal de Médecine de Lyon, Nr 442, 1938.

Klasyczne leczenie ostrego zapalenia żył kończyn dolnych polega na długotrwałym unieruchomieniu kończyn aż do chwili organizacji samorodnej skrzepliny w obawie powstania zatoru. To długotrwałe unieruchomienie ma swoje ujemne strony — przede wszystkim nie usuwa niebezpieczeństwa powstania zatoru, który występują dość często, dając 16% śmiertelności, mimo dokładnego przestrzegania leczenia, następnie trwa bardzo długo, 2 — 3 miesięcy przeciętnie. Prócz tego, jako następstwa przebytej choroby pozostają często przykre dolegliwości, jak obrzęki, sinica, stopa szpotawa, częściowe zesztywnienie stawów oraz zaniki mięśniowe, które niekiedy trwale upośledzają czynność kończyny.

Już w 1910 r. Fischer wysunął myśl stosowania wczesnego ucisku w ostrym zapaleniu żył w postaci opatrunku uciskowego „zinkleinverband" Unny. Metoda ta jednak uległa zapomnieniu i dopiero Friedländer i Krammer wznowili to leczenie.

Autorzy niniejszej pracy opisują 17 przypadków ostrego zapalenia żył kończyn dolnych leczonych wczesnym opatrunkiem uciskowym. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyzdrowienie w czasie około 20 dni, bez żadnych powikłań, ani zatorów, z zupełnym powrotem do stanu prawidłowego stosunków anatomicznych i czynnościowych chorej kończyny.

Działanie opatrunku uciskowego jest następujące: zbliżając ściany żyły zmienionej zapalnie powoduje szybką organizację zakrzepu, wskutek czego usuwa zupełnie niebezpieczeństwo powstania zatoru. Równocześnie ustępują obrzęki i po 12 dniach od chwili założenia opatrunku uciskowego chory może rozpocząć ruchy czynne oraz próby chodzenia bez obawy zatoru. Ułożenie pochyłe chorego (la position declinée) podczas leczenia przyspiesza organizację skrzepliny.

Obserwacje te znajdują potwierdzenie w ścisłych badaniach anatomicznych Ewalda i jego współpracowników.

Jako przeciwwskazania do zakładania opatrunku uciskowego autorzy wymieniają: różę, zapa-

ZALECONE PRZEZ MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ DO NAJSZERSZEGO STOSOWANIA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ

(Dziennik Urzędowy M. O. S. Nr 7/1938, poz. 98)

ANNOGEN

„BORUTA"

proszek, tabletki po 0,25 g

NIETOKSYCZNY, NIEDRAŻNIĄCY TKANEK ŚRODEK BAKTERIOBÓJCZY

ODKAŻA, ODWANIA, LECZY.

DEZYNFEKCJA RAN, OWRZODZEŃ, JAM CIAŁA, BŁON ŚLUZOWYCH, RĄK, SKÓRY, NARZĘDZI, BIELIZNY.

PASTA ANNOGENOWA *„Boruta"*

do szybkiego gojenia ran, owrzodzeń i ubytków

MYDŁO ANNOGENOWE 10% *„Boruta"*

do odkażania rąk, skóry, pola operacyjnego

PRZYSYPKA ANNOGENOWA 10% *„Boruta"*

profilacticum od pocenia się nóg, otarcia stóp i furunkulozy

PUDER ANNOGENOWY 1% *„Boruta"*

lecznicza i higieniczna przysypka dla niemowląt

„ENTERAKTIN" ANNOGENOWY *„Boruta"*

do odkażania przewodu pokarmowego przy zatruciach pokarmowych, nieżytach jelit i czerwonce

„FEMAKTIN" ANNOGENOWY *„Boruta"*

do przemywań higienicznych i leczniczych przy upławach i stanach zapalnych pochwy

GAZA I WATA ANNOGENOWE *„Boruta"*

zawsze jałowy i antyseptyczny materiał opatrunkowy

INDYWIDUALNE OPATRUNKI ANNOGENOWE

niezastąpiony materiał opatrunkowy dla pierwszej pomocy w zakładach przemysłowych, warsztatach, na obozach i wycieczkach

---

L. NASIEROWSKI. ZAKŁADY CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNE

WARSZAWA 22, UL. KALISKA 9

lenie naczyń chłonnych, wąglik i ropnie kończyn dolnych, zapalenie nerwów oraz gruźlicę otwartą kostną lub stawową i ostre zapalenie szpiku kostnego. Natomiast inne zmiany stawowe i żylaki nie stanowią przeszkody do tego rodzaju leczenia.

Autorzy na podstawie obserwowanych przypadków i danych piśmienniczych uważają, że wczesne leczenie uciskowe ostrego zapalenia żył kończyn dolnych posiada doniosłe znaczenie zarówno dla chorego, jak i z punktu widzenia ekonomicznego, skracając czas choroby z 3 miesięcy do 20 dni i przywracając kończynie zupełną sprawność, która często ulega upośledzeniu przy długotrwałym unieruchomieniu, stosowanym w leczeniu klasycznym.

Nagła śmierć bez uchwytnej przyczyny u chorych na gruźlicę płuc. (La mort subite sans cause apparente chez les tuberculeux pulmonaires.) M. Bonnamour, Duplant i Ambre.

Journal de Médecine de Lyon, Nr 424, 1937.

Spostrzega się niekiedy w przypadkach gruźlicy płuc, nie zależnie od stanu jej rozwoju, nagłe, zupełnie nie przewidywane zejście śmiertelne bez widocznej przyczyny. Autorzy spostrzegali 13 takich przypadków na 3200 chorych na gruźlicę i 920 zmarłych.

Przyczyny zejścia śmiertelnego w tych przypadkach były różne: niekiedy zmiany nadnerczy, gruźlicze zapalenie opon mózgowych lub nagłe gruźlicze porażenie ośrodka oddechowego (asphyxie tuberculeuse aigue). Jednakże największe znaczenie autorzy przypisują najczęściej spostrzeganym zmianom wątroby i nerek, będące prawdopodobnie wyrazem odczynu alergicznego w następstwie bądź bezpośredniego, nagłego napływu prątków, bądź toksyn rozpuszczalnych względnie endotoksyn laseczników Kocha.

Zwężenie przełyku w okolicy wpustu. (Les retrécissements cardio-oesophagiens.) M. Bariety.

Paris Médical, Nr 14, 1938.

Znane są od dawna trzy rodzaje zwężenia przełyku — na tle nowotworowym, zapalnym i wskutek zbliznowacenia. Patogeneza i przebieg tej sprawy chorobowej są dobrze znane, natomiast duże wątpliwości co do etiologii, zmian anatomicznych i patogenezy nasuwają zwężenia wpustowo-przełykowe. Jako przyczyny tej sprawy chorobowej podawane były — tło wrodzone, porażenne rozszerzenie przełyku, skurcz wpustu, wreszcie skurcz przepony. Ostatnio natomiast liczni autorzy z Camelot na czele, który wydał pracę poświęconą „zwężeniu przerostowemu wpustu", podkreślają tło organiczne tych zwężeń w przeciwieństwie do Bons, który uważa je jedynie za rzekomy skurcz wpustu.

Potwierdzenie lub zaprzeczenie tych dwóch poglądów znajduje się podczas zabiegu chirurgicznego lub podczas sekcji.

W przypadkach typowych stwierdza się zwężenie przerostowe, dotyczące części wpustowej, obejmujące podstawę wpustu anatomicznego, niekiedy przechodzące na część przeponową przełyku. W przypadkach tych przełyk ma wygląd rury o ścianach twardych, zgrubiałych i sztywnych wskutek przerostu warstwy mięśniowej oraz częściowego jej zwłóknienia. Zmiany te stwierdza się na przestrzeni 3 do 8 cm. Niekiedy przy badaniu klinicznym daje się wyczuć ograniczone zgrubienie przełyku, które jest klasycznym objawem przerostowego zwężenia wpustu.

W innych przypadkach zwężenie znajduje się poza przełykiem i polega na przeroście pierścienia przeponowego lub na stwardnieniu ujścia przełykowego przepony. Stany te dostatecznie tłumaczą częściowe zwężenie przełyku z równoczesnym jego rozszerzeniem powyżej.

Skurcz wpustu może powstać w związku ze zmianami w samym przełyku, jak w przypadkach jego zapalenia, wrzodu lub guzów krwawnicowych, raka wpustu, kiły lub gruźlicy, zmian śródściennych i uchyłków.

Może on również zależeć od zmian poza przełykowych, jak — zmiany śródpiersiowo-opłucne, zmiany chorobowe tętnicy głównej, sprawy zapalne wątroby i śledziony, zrosty otrzewnowe w okolicy około przełykowej lub przemieszczenie żołądka. Skurcz wpustu może więc być wyrazem wielu ciężkich spraw chorobowych i jedynie po ich wyłączeniu można rozpoznać czynnościowe pochodzenie sprawy jako choroby podstawowej.

Zwężenie przełyku w okolicy wpustu stwierdza się zazwyczaj u osób młodych, między 16 a 25 r. ż., niekiedy nawet w 12 — 13 r. ż. lub u starszych między 48 a 69 r. ż., równie często u mężczyzn, jak u kobiet. Nie stwierdzono żadnej dziedziczności tej choroby.

Początek choroby często bywa nagły. Niekiedy w następstwie silnego wzruszenia lub bez uchwytnej przyczyny nagle następuje zwracanie pokarmów — pierwszy nieraz objaw chorobowy.

W innych przypadkach, zwłaszcza przy zwężeniu przerostowym dolegliwości pojawiają się stopniowo. Chory odczuwa utrudnienie przy połykaniu, ból zamostkowy, miewa wrażenie zatrzymywania się pokarmów, objawy te stopniowo nasilają się, prowadząc do zwracania pokarmów. Niektórzy chorzy przy utrudnieniu połykania mogą odżywiać się bądź tylko pokarmami płynnymi, bądź przyjmując je w specjalnej pozycji. Choroba ma charakter postępujący, chorzy chudną, odwadniają się i giną z wyniszczenia, lub łatwo do łączającego się zakażenia.

Zwężenie przełyku w części wpustowej łatwo może być rozpoznane za pomocą badania radiologicznego oraz oesophagoscopii.

Leczenie tych stanów polega na:

1) Leczeniu dietetycznym — spożywaniu powoli pokarmów papkowatych lub półpłynnych dobrze rozgotowanych, żując je dokładnie.

2) Stosowaniu środków rozkurczowych, jak atropina i belladonna, często w połączeniu ze środkami uspokajającymi lub przeciwbólowymi. Również stosowanie diatermii, fal krótkich i promieni ultrafioletowych niekiedy daje poprawę.

3) Rozszerzaniu przełyku miękimi zgłębnikami, wypełnionymi rtęcią lub ołowiem, które należy wykonywać nadzwyczaj ostrożnie, by nie spowodować uszkodzenia lub przebicia ściany przełyku.

4) Leczeniu chirurgicznym we wczesnych okresach choroby, przy ogólnym dobrym stanie chorego.

Choroby powstałe wskutek zaburzeń w odżywianiu w 1938 r. (Les maladies de la nutrition en 1938.) Diabete- Pancreas — Insuline. F. Rathery i J. Turiaf.

Paris Medical Nr 27, 1938.

Niewątpliwy jest wpływ dziedziczności i pewnej skłonności do powstawania cukrzycy. Spostrze-

żenie, że cukrzyca występują często u osób otyłych pozwala przypuszczać, że otyłość sprzyja jej powstawaniu, zwłaszcza jeśli towarzyszy jej upośledzona przyswajalność węglowodanów. Rony jest jednak innego zdania, gdyż obserwował w ciągu 1 — 9 lat 20 przypadków otyłości z upośledzoną przyswajalnością węglowodanów i nie spostrzegał w żadnym przypadku wystąpienia istotnej cukrzycy.

Motokito Hattori uważa, że krzywa doświadczalnego przecukrzenia krwi przebiega równolegle do poziomu kwaśności soku żołądkowego.

Joslin i jego szkoła badali zależność cukrzycy od kamicy żółciowej i stwierdzili, że kamica wątrobowa może pogarszać przebieg cukrzycy, operacyjne zaś usunięcie pęcherzyka żółciowego może nawet spowodować ustąpienie cukrzycy.

Wpływ układu nerwowego na powstawanie cukrzycy na podstawie badań doświadczalnych na zwierzętach nie został dowiedziony.

Wpływ urazu na cukrzycę podaje Chavannaz, opisując przypadek 72-letniego chorego, u którego uraz stopy spowodował śmiertelną zgorzel. Pojawienie się w tym przypadku cukrzycy autor uważa za ujawnienie się cukrzycy utajonej po urazie. Stwierdzono również, że uraz wpływa niekorzystnie na przebieg cukrzycy, często ją pogarszając.

Hadjipavlow stwierdził, że wśród chorych na cukrzycę 90% stanowią sympatykotonicy. Uważa więc, że hypersympatykotonia stanowi czynnik wyzwalający cukrzycę, niezależnie od postaci, pozostających pod wpływem przysadki mózgowej.

Spostrzeżenie, że dieta uboga w węglowodany u licznych chorych niecukrzycowych wpływa korzystnie na czyraczność i choroby ropowicze skóry pozwoliło Urbachowi wyciągnąć wniosek, że choroby te pozostają w ścisłej zależności z przecukrzeniem tkanki skórnej. Uważa on, że skóra posiada zdolność magazynowania węglowodanów podobnie jak wątroba i mięśnie.

Badania nad leczeniem i rokowaniem w przypadkach cukrzycy skojarzonej z gruźlicą płuc przeprowadzał Rathery, Julien Marie, Roy i Thierry.

Vrhovac na podstawie 840 przypadków chorych na cukrzycę z równoczesną gruźlicą płuc podkreśla częstą rozbieżność między dyskretnymi objawami klinicznymi a znacznymi zmianami anatomicznymi, stwierdzanymi badaniem radiologicznym. Uważa, że w tych przypadkach należy stosować wczesne, równoległe leczenie zarówno gruźlicy, jak i cukrzycy. Proponuje dietę ubogą w tłuszcze, zawierającą 1 g białka na kg wagi, z dodatkiem witaminy C i D oraz soli wapnia, natomiast sole złota uważa za bezskuteczne. Insulina w tych przypadkach, odpowiednio dawkowana w zależności od diety jest dobrze znoszona. Kaiser natomiast uważa, że insulina może być niebezpieczna u chorych w wieku podeszłym, u których stosuje ją w małych dawkach.

Vrhovac, Makoto Yagishita i Jiro Tatsumi stwierdzili korzystny wpływ na przebieg cukrzycy odmy sztucznej, która powoduje obniżenie się zawartości cukru we krwi oraz sprzyja leczeniu insuliną.

Leczenie insuliną zwiększyło częstość zachodzenia w ciążę kobiet chorych na cukrzycę. Statystyka Priscillia White stwierdza, że od czasu stosowania insuliny zmniejszyła się liczba poronień u chorych na cukrzycę z 29% na 25%, a śmiertelność z powodu chorób macicy z 22% na 16%; według Gerstmanna i Klaftena śmiertelność porodowa zmniejszyła się z 45% na 20%. Mimo to leczenie insuliną nie usuwa niebezpieczeństwa ostatnich miesięcy ciąży, zwłaszcza nie zapobiega tak częstemu obumieraniu płodu.

Titus radzi wykonywać cięcie cesarskie podczas ciąży, gdy tylko płód jest zdolny do życia pozamacicznego. Jednakże to postępowanie daje dość dużą śmiertelność pooperacyjną, dlatego też proponują wykonywanie cięcia cesarskiego dopiero z chwilą rozpoczęcia czynności porodowej, przed wystąpieniem jakichkolwiek zaburzeń ze strony płodu.

Badania nad cukromoczem w przebiegu ciąży dały wyniki rozbieżne; najwięcej zwolenników posiada przypuszczenie, że cukromocz ciążowy jest wyrazem zaburzeń nerwowo-wewnątrzwydzielniczych, co znajduje potwierdzenie w ustępowaniu cukromoczu po porodzie.

Girstmann i Klaften uważają, że we wszystkich przypadkach porodów martwych płodów przez kobiety młode, wolne od kiły należy podejrzewać cukromocz, dlatego też radzą u wszystkich ciężarnych wykonywać okresowe badanie cukru w moczu. Rokowanie cukromoczu ciążowego jest niepewne: niekiedy jest on przejściowy, niekiedy jest wyrazem właściwej cukrzycy, która ujawnia się dopiero podczas ciąży i utrzymuje się po porodzie.

Często spostrzega się występowanie cukrzycy w okresie przekwitania. Wpływ wstrzykiwania follikuliny na tę postać cukrzycy jest niestały. Natomiast leczenie insuliną wpływa korzystnie na zaburzenia miesiączkowania. Bompani uważa, że zaburzenia miesiączkowania u chorych na cukrzycę zależą od zmian w obrębie przysadki mózgowej.

Teresa Malamund i Baldoremo Jussem opisują obserwację chorej na cukrzycę, z objawami nadczynności tarczycy, u której operacyjne usunięcie tarczycy dało wybitne polepszenie cukrzycy.

Mouriquand i Charleux podają trudności w rozpoznawaniu, leczeniu i rokowaniu cukrzycy dziecięcej. Muller przeciwny jest stosowaniu diety przesadnie tuczącej z nadmierną ilością węglowodanów. Uważa on, że winna być stosowana dieta urozmaicona, dostatecznie obfita, by łącznie z leczeniem insulinowym mogła zapewnić prawidłowy rozwój dziecka chorego na cukrzycę.

Poglądy na wzajemną zależność cukrzycy i ogólnego niedorozwoju są różne. Rathery uważa, że niedorozwój ogólny jest następstwem nieodpowiedniego odżywiania i dawkowania insuliny u dzieci chorych na cukrzycę, które przy odpowiednim leczeniu rozwijają się zupełnie prawidłowo.

Gibson i Fowller opisują szereg przypadków młodych, chorych, u których niedorozwój ogólny przejawiał się niedorozwojem wtórnych cech płciowych, zewnętrznych narządów płciowych i pewnym stopniem karłowatości z proporcjonalnym zmniejszeniem wzrostu, wagi, układu kostnego i mięśniowego. Na podstawie obserwowanych przypadków zaprzeczają oni istnienia związku przyczynowego między niedorozwojem ogólnym i cukrzycą.

W związku z obserwowanym przypadkiem diabète bronzé z marskością i objawami gigantyzmu z równoczesną eozynofilią Carnot i Caroli przypominają o związku między zmianami przysadki mózgowej a niedorozwojem płciowym. Podkreślają oni znaczenie zmian przysadki dla powstawania diabète bronzé i wytłumaczenia odporności na leczenie insuliną, które ustępuje po naświetlaniu przysadki promieniami X.

Labbé, Boulin i Ulman przypominają o występowaniu w diabète broné zmian chorobowych różnego pochodzenia w nadnerczach.

Marskość pochodzenia wileogruczołowego została opisana przez Germain i Morwana, którzy obserwowali ją łącznie z niedorozwojem ogólnym i niewydolnością krążenia.

Joslin, Root, White i Marble w leczeniu śpiączki cukrzycowej stosują wstrzykiwania średnio 20 — 50 jednostek insuliny, niekiedy po 100 jedn. w ciągu 15 — 30 minut, z równoczesnym wstrzykiwaniem płynu fizjologicznego oraz wstrzykiwaniem cukru, jeśli chory nie może przyjąć go drogą doustną. Proponują również wstrzykiwania adrenaliny i efedryny. Jest to ogólnie przyjęty sposób leczenia śpiączki cukrzycowej.

Badania nad zawartością cukru we krwi u chorych na cukrzycę było przedmiotem prac wielu autorów z Carnot i autorami japońskimi na czele. Aubertin i Lachaud podają, że poinsulinowa krzywa niedocukrzenia krwi pozwala na wczesne wykrycie zaburzeń czynności wątroby.

Badania doświadczalne nad powstawaniem hyperglikemii przeprowadzał Houssay, który wywoływał cukrzycę doświadczalną wstrzykiwaniem wyciągów z przedniej części przysadki. Young stosując odpowiednio przygotowane wyciągi z przysadki wywoływał długotrwałą cukrzycę, odporną na leczenie insuliną.

Barris i Ingram donoszą o przypadku hyperglikemii, która ustąpiła po pooperacyjnym usunięciu zmian w okolicy przedwzgórza (hypothalamus). Na podstawie badań doświadczalnych na psach uważają oni przewzgórze za ośrodek regulujący przemianę węglowodanów.

Lewis i Turcatti stwierdzili jednakowy przebieg cukrzycy doświadczalnej u psów z zachowanym i usuniętym układem współczulnym.

Gerschmann i Marenzi obserwowali zmniejszanie się wapnia osocza i zwiększanie fosforanów u psów pozbawionych trzustki.

Sendrail i Cahusac wykonywując u 12 psów usunięcie zwoju współczulnego około-trzustkowego stwierdzili:

1) hyperglikemię trwałą i umiarkowaną,

2) zwiększenie się tolerancji glukozy z podwyższeniem krzywej odczynowej hypoglikemicznej,

3) uczulenie insulinowe.

Podają oni dwa tłumaczenia tego zjawiska: 1) usunięcie nerwu współczulnego powoduje znaczne rozszerzenie naczyń trzustki, dzięki czemu wzmaga się jej czynność wydzielnicza — stąd pochodzi uczulenie na insulinę. 2) Usunięcie nerwu współczulnego wzmaga bezpośrednio produkcję hormonu trzustkowego.

Stosowane od dłuższego czasu leczenie dietetyczne cukrzycy nie uległo ostatnio zasadniczym zmianom. Natomiast postęp w leczeniu insuliną stanowi wprowadzenie insuliny protamino-cynkowej (la protamino-zinc-insuline). Leczenie to posiada pewne niewątpliwie dodatnie strony, jak:

1) Zmniejszenie liczby wstrzyknięć do 1 lub 2 u chorego, który musiał poddawać się kłóciu 3 — 4 razy w ciągu doby.

2) Mniej ścisłe przestrzeganie godzin wstrzyknięć, jak przy leczeniu insulinowym.

3) Zmniejszenie dziennej dawki insuliny.

4) Zmniejszenie niebezpieczeństwa wywołania hypoglikemii dzięki powolniejszemu i późniejszemu działaniu insuliny protaminocynkowej.

Insuliny protaminocynkowej nie stosuje się w śpiączce cukrzycowej.

W rzadko spotykanych przypadkach odporności na leczenie insuliną stosuje się naświetlanie przysadki mózgowej (Carnot, Caroli, Mauriac i Broustet).

Sakharow i Rossuky stosowali z dobrymi wynikami wstrzykiwania cytotoksyny trzustkowej w leczeniu cukrzycy. Seria 10 — 20 wstrzyknięć często daje poprawę, a nawet ustąpienie cukrzycy na przeciąg kilku miesięcy.

Szent-Gyorgyi Koranyi stosowali w leczeniu cukrzycy kwas bursztynowy, jednak wyniki na ludziach nie odpowiadały wynikom badań doświadczalnych.

Cahuzac opisuje szereg zabiegów chirurgicznych, stosowanych w leczeniu cukrzycy, które jednak naogół przedstawiają duże trudności i nie dają pewnych wyników.

Sendrail i Cahuzac opierając się na badaniach doświadczalnych uważają, że usunięcie nerwu współczulnego około-trzustkowego (peripancreatique) pozwoli radykalnie leczyć cukrzycę.

Irena Hromowa.

CHIRURGIA

Przewlekłe zmiany zapalne stawu łokciowego u sportowców (L'épicondylite des sportifs). Chavannaz, Marjou.

Revue de Chir. luty 1938.

Zmiany, które opisują autorzy występują najczęściej u szermierzy i tenisistów i dotyczą kłykcia zewnętrznego kości ramieniowej prawej (epicondylus lateralis). Jedynym objawem klinicznym tego schorzenia jest ból po stronie zewnętrznej łokcia, występujący zrazu rzadko tylko w czasie gry, a w miarę postępu choroby zaraz po rozpoczęciu gry, tak że chory musi przerwać na pewien czas uprawianie sportu. Ból nasila się zwłaszcza przy gwałtownych ruchach ręki i może promieniować w kierunku ramienia lub — częściej — przedramienia. Chorzy podkreślają przy tym pewne uczucie bezwładu i „ciężaru" kończyny. Przy obmacywaniu łokcia stwierdza się bolesność kłykcia zewnętrznego kości ramieniowej, zwłaszcza jego przedniej powierzchni. Na początku schorzenia ból wywołany grą ustępuje całkowicie w spoczynku, natomiast w dalszym rozwoju choroby występuje nawet przy ruchach w pracy codziennej. Rentgenogram, wykonany w pierwszej fazie schorzenia, zmian nie wykazuje, natomiast w przypadkach zastarzałych stwierdza się zgrubienie i zwapnienie okostnej dokoła kłykcia (o charakterze osteo - periostitis). Autorzy zastanawiają się nad przyczyną tego schorzenia, które rzecz znamienna, oszczędza początkujących w grze, a występuje ra-

czej u osób, które dużo i intensywnie trenują, atakując tylko staw łokciowy, jakkolwiek i w szermierce i przy tenisie stawy nadgarstkowy i barkowy również wykonują rozległe i gwałtowne ruchy.

Stwierdzają oni, że łokieć w przeciwieństwie do powyższych stawów posiada jednostronny tylko ruch zginania, a granica ruchu wyprostnego jest bezwzględna, tak, że gwałtowne i nadmierne wyprostowanie grozi zawsze uszkodzeniem stawu. Wyprostowanie wraz z odwróceniem jednoczesnym przedramienia uszkadza kłykieć zewnętrzny kości ramieniowej. Tego rodzaju uraz stawu łokciowego powstaje u tenisisty przy wadliwym sposobie odbijanie piłki od strony prawej z nadawaniem jej jednocześnie ruchu wirowego. Przy tym sposobie odbicia gracz w chwili odbijania piłki wykonuje lekki ruch nawracania przedramienia, które jest wyprostowane w stawie łokciowym. Otóż drobne opóźnienie tego ruchu sprawia, że piłka uderza w rakietę w pozycji maksymalnego zgięcia i odwrócenia przedramienia, a siła ta przenosi się na staw łokciowy i wywołuje uraz kłykcia zewnętrznego. Siła urazu wzrasta, jeśli przy tej pozycji ręka w stawie nadgarstkowym jest maksymalnie zgięta w kierunku grzbietowym. Urazy te są drobne i dopiero pewne ich ilości w krótkim stosunkowo czasie wywołuje uszkodzenie. Podobne uszkodzenie u szermierzy powstaje przy ruchu „parade de sixte"; przy „contre de sixte". Uszkodzenia w tym sposobie dotyczą zwłaszcza szablistów.

Ze względu na opisany mechanizm uszkodzenia występować ono może jeszcze u bokserów i pływaków (przy crowlu). U pracowników fizycznych można również znaleźć momenty, sprzyjające powstaniu tego schorzenia, np. u praczek, przy wyżymaniu bielizny, u woźniców przy ruchach batem i lejcami, u murarzy przy pracy kielnią itp.

Leczenie w początku choroby ogranicza się do przerwania gier sportowych na pewien czas i następnie na poprawieniu stylu gry. Zaznaczyć należy, że u osób starszych poprawa postępuje znacznie wolniej. Przy schorzeniu zaawansowanym odpoczynek nie wystarcza. Podawanie salicylatów, kąpiele gorące, diatermia, czy masaże dają słaby efekt leczniczy. Massart za przykładem Leriche otrzymał wstrzykiwaniami percainy w okolicę kłykcia zewnętrznego bardzo dobre wyniki, natomiast Tavernier — wstrzykując 2% norocainę poprawy nie uzyskał. Massert miał tylko 3 tego rodzaju chorych, przyczym u 2 chorych wystarczyło jedno wstrzyknięcie, u trzeciego — powtarzał je trzykrotnie. Forton i Pauzat osiągnęli dobre wyniki (statystyka niepodana) stosując wstrzykiwanie o następującym składzie: alcoholi 60° —10 cm³, cocaini hydrochlorici 0,03 g.

Leczenie wstykiwaniami w okolicy kłykcia wydaje się autorom racjonalnym i najlepszym sposobem postępowania, jakkolwiek ustalenie składu środka wstrzykiwanego wymaga jeszcze większego materiału klinicznego.

Przypadek żółtaczki hemolitycznej leczony operacyjnie (L'indication opératoire dans l'ictère hemolitique). R. Grégoire.

Paris Médical, maj, 1938.

Żółtaczka hemolityczna jest schorzeniem wrodzonym, którego objawy zaznaczają się bądź to już w dzieciństwie, bądź też w wieku młodzieńczym.

U dzieci zaznaczają się one dyskretnie i nie stanowią bezpośredniego niebezpieczeństwa, wpływając jednak ujemnie na rozwój umysłowy i fizycz-

SARCOLAN ZOMOTERAPIA



WYCIĄG Z MIĘŚNI WOŁU CAŁKOWITY, SPREPAROWANY NA ZIMNO W POSTACI SYROPU, ZAWIERA WSZYSTKIE NIEZMIENIONE CZYNNE SKŁADNIKI.

ZWALCZA WSZELKIE POSTACIE NIEDOKRWISTOŚCI WTÓRNEJ, STANY WYCZERPANIA I NIEDOŻYWIENIA.

PRZYJEMNY SMAK. IDEALNA KONSERWACJA

CHEM. FARM. ZAKŁADY PRZEM. HANDLOWE
WARSZAWA 22, KALISKA 9
L. NASIEROWSKI

ny chorego. W wieku młodocianym natomiast mogą dać pełny i ciężki obraz choroby. Według autora najbardziej celowym leczeniem jest operacyjne usunięcie śledziony; a przypadki o ciężkim przebiegu dają, bez względu na wiek, wskazania do zabiegu. Na dowód skuteczności tego rodzaju leczenia autor opisuje następujący przypadek: u chorej 36-letniej, u której od kilkunastu lat obserwowano dyskretne objawy żółtaczki hemolitycznej, od 3 lat, po lekkim przeziębieniu, wystąpiło silne pogorszenie. Ciężki stan chorej skierował ją do szpitala, gdzie stwierdzono 1.300.000 ciałek czerwonych w 1 mm^3 krwi. Leczenie zachowawcze wyniku nie dało, przetaczanie krwi stan pogorszyło tak, że ilość ciałek czerwonych zmniejszyła się do 900.000 w 1 mm^3. W tym rozpaczliwym stanie usunięto operacyjnie — w znieczuleniu miejscowym (!) śledzionę wagi 985 gr. Chora zabieg zniosła nieźle, a w miesiąc potym opuściła szpital o własnych siłach, przy czym ilość ciałek czerwonych w 1 mm^3 wynosiła 2.300.000. Obserwacja kilkumiesięczna wykazała słaby wzrost ilości ciałek czerwonych (ostatnio około 4 milionów) dobry stan ogólny, pozwalający na prowadzenie normalnego trybu życia. Opisując ten przypadek autor podkreśla ujemny wynik przetaczania krwi i ryzyko operacji u chorej z 900.000 ciałek czerwonych w 1 mm^3, która jednak okazała się zbawienna. Obserwacja chorych na żółtaczkę hemolityczną wykazują, że nagły postęp choroby może być wywołany drobną przypadkową infekcją, jak katar, ropień okołrękowy lub angina.

Przetoki jelitowe po zabiegach operacyjnych na nerkach (Les fistules intestinales après interventions sur le rein). L e v y - D r e y f u s.

Journal d'Urologie, lipiec, 1937.

Autor zebrał 55 przypadków tego rodzaju powikłań pooperacyjnych i stwierdza, że w połowie przypadki te dotyczyły chorych na gruźlicę nerek, pozostałe zaś — chorych na kamicę, ropień okołonerkowy lub nowotwór nerki.

Przetoki te wywołane są albo naddarciem pętli jelita przy odsłanianiu nerki, zwłaszcza jej wnęki, albo przemieszczeniem miejscowych zmian przynerkowych na tkanki głębsze, wśród których znajduje się często pętla jelita, bądź unieruchomiona w zrostach, bądź leżąca poza otrzewnowo.

Przetoki wywołane naddarciem występują w ciągu 15 dni po zabiegu, przetoki drugiego typu — znacznie później. Część ich goi się samoistnie, zwłaszcza umiejscowione w pętli jelita leżącej poza otrzewnowo, część natomiast pogarsza w dalszym ciągu ciężki stan chorego. Operacyjne leczenie tego rodzaju przetok również ze względu na stan chorego daje nikły procent zejść pomyślnych. O możliwości tego rodzaju powikłania należy pamiętać przy operacji w okolicy nerki zwłaszcza przy ropniach okołonerkowych i gruźlicy nerek, której mogą towarzyszyć również zmiany swoiste na jelitach.

J. Czyżewska.

GINEKOLOGIA.

W sprawie wycięcia macicy przez pochwę (À propos de l'hystérectomie vaginale). F a u r e J. L.

Bull. Soc. Gynéc. T. 27/1938.

W artykule poniższym mistrz ginekologii francuskiej omawia sprawę wskazań i techniki wycięcia macicy przez pochwę.

Operacja ta przede wszystkim wchodzi w grę na wczesnym połogu, oraz w przypadkach znacznego osłabienia i wyniszczenia chorej. Autor odrzuca zdecydowanie stosowanie wycięcia, jako metody leczenia wypadnięcia macicy.

Z odmian techniki tego zabiegu J. L. F a u r e najbardziej poleca metodę Doyena, podaną w 1888 r., a polegającą na rozcięciu przedniej ściany macicy. Od S e g o n d a pochodzi rada, aby przede wszystkim przeciąć więzadła krzyżowo-maciczne, co bardzo ułatwia ściągnięcie macicy ku dołowi.

Odcinania szyjki macicy przed jej wytoczeniem autor nie poleca — natomiast jest gorącym stronnikiem pozostawiania zacisków nie podwiązanych, według metody, kiedyś podanej przez P e a n a.

Wycięcie macicy metodą D o y e n a trwa w rękach J. L. F a u r e'a 5 minut.

Nawroty wypadnięć narządu rodnego po operacji (Les prolapsus génitaux récidives aprés opération). B l o n d i n S.

Bull. Méd. 1938, p. 65.

Autor podnosi, że przyczyna nawrotu wypadnięcia narządu rodnego po operacji leży w źle postawionych wskazaniach oraz w złym doborze operacji, jest rzeczą zresztą trudną dobrać do każdego przypadku odpowiednią metodę operacyjną z arsenału b. licznych, ale nie zawsze rozwiązujących sprawę operacji.

Szczególnie godne potępienia jest schematyczne stosowanie jednej tylko jakiejś metody operacyjnej.

W materiale autora nawroty występują w 10% przypadków. Zwraca on uwagę na jałowość w postępowaniu, oraz na odkażenie starannie wypadniętych części rodnych, wykonywane na kilka dni przed operacją. Podkreśla on również wagę dokładnej i starannej hemostazy dla wyniku ostatecznego operacji.

U kobiet młodych przestrzega on przed wykonywaniem plastycznego zeszycia krocza, zwłaszcza ze starannym szwem mięśni dźwigaczy odbytu — a to ze względu na niebezpieczeństwo nawrotu po następnych porodach.

Dla kobiet młodych zatem poleca autor umocowanie macicy przez operację brzuszną; inni autorzy radzą połączenie przedniej i tylnej plastyki wraz z umocowaniem macicy przez operację brzuszną, co szczególnie jest wskazane w wypadkach tyłozgięcia macicy. Zabieg ten nie wpływa na zapłodnienie, ciążę ani poród.

W wieku bliskim do przekwitania poleca autor interpositio uteri vesico-vaginalis m. S c h a u t a, W e r s h e i m; w późniejszym wieku operację N e u g e b a u e r a — L e f o r t a.

W sprawie leczenia hormonalnego zapaleń pochwy i sromu u dziewczynek (Sur l'hormonothérapie des vulvo-vaginites infantiles). Fonseca et Castro.

Arch. Méd. Enf. T. 41, str. 73. 1938 r.

U 51 dziewczynek w wieku od 3 mies. do 7 lat stosowano leczenie hormonalne z powodu zapalenia sromu i pochwy.

Leczenie polegało w 7 przyp. na wstrzykiwaniach domięśniowych — w wyniku uzyskano wyleczenie w 4, poprawę w 3 przypadkach.

W 25 przyp. podawano Undén (przetwór estriny przyp. ref.) doustnie: uzyskano 8 wyleczeń, 16 — poprawy; w 1 przypadku leczenie zawiodło.

W 12 przyp. wstrzykiwano codzień lub co drugi dzień progynon w średnich dawkach: 12 przyp. wyleczone, 1 — poprawa.

Wreszcie duże dawki progynonu domięśniowo dały w 7 przyp. (wszystkich tej serii) wyleczenie po 16 dniach.

Żadnych powikłań omówionego leczenia nie stwierdzono.

Ciąża przenoszona czy późniejsze zapłodnienie? Kreis J.

Rev. Gynéc. T. 33, str. 129, 1938 r.

Autor wychodzi ze znanego faktu biologicznego, że termin jajeczkowania nie jest stały nawet u prawidłowo miesiączkujących kobiet. Wbrew dawniejszym poglądom równoległość pomiędzy cyklem jajnikowym a macicznym nie jest tak ścisła, aby przesunięcie terminu jajeczkowania musiało spowodować odpowiednie przesunięcie terminu miesiączki. Zresztą zdaje się nie ulegać wątpliwości, że u kobiety, podobnie jak u małp — może nastąpić krwawienie miesięczne bez jajeczkowania.

Jasną jest rzeczą, że termin porodu zależeć może od terminu jajeczkowania, od późniejszego zatem jajeczkowania zależeć może późniejsze wystąpienie porodu.

Autor przytacza 8 swoich obserwacyj z podaniem daty zapłodnienia oraz daty spodziewanego istotnego porodu.

4 inne ciężarne zaszły 23, 24-go dnia cyklu jakkolwiek jedna z nich miała zbyt częste perjody, a inna — nieregularne.

Inne ciężarne zaszły 23, 24-go dnia cyklu i 31-go (dwie).

Z ostatnio wspomnianych dwu kobiet, które zaszły 31-go dnia cyklu jedna miała periody co 3 — 4 tygodnie, a druga co 28 — 29 dzień. Pomimo to jednak do zapłodnienia doszło na 31-y dzień.

Przedłużenie ciąży nastąpiło właśnie o te 2 tygodnie, w które spóźniło się jajeczkowanie.

Systematyczne stosowanie wyciągu tylnego płata przysadki podczas porodu (De l'emploi systématique d'extrait post-hypophysaire au cours de la délivrance). J. Snoeck i J. Bernard.

Gynécologie et Obstétrique t. 37, Nr. V 1938, str. 323.

Autorzy stosowali wstrzykiwanie wyciągu tylnego płata przysadki podczas porodu celem zwiększenia możliwości samoistnego odklejania się łożyska i samoistnego porodu płodu, a tem samym zmniejszenia ilości przypadków wkraczania operacyjnego do jamy macicy, który to zabieg daje, jak wiadomo, tak wielki odsetek zakażeń połogowych.

Autorzy używali wyciągu tylnego płata przysadki, pozbawionego składnika, podnoszącego ciśnienie. Wstrzykiwali go w małej ilości (3 jednostki) domięśniowo, w momencie odpępniania płodu.

Dla porównania podzielili autorzy cały materiał rodzących na dwie części — jednym wstrzykiwali wyciąg przysadki, innym nie. Wyniki autorzy otrzymali następujące: na 1021 porodów bez stosowania wyciągu przypadki otrzymali 90% połogów normalnych, w 3% musieli zastosować sprawdzenie jamy macicy ze względu na niekompletne odejście błon, w 7% musieli ręcznie odkleić przyrośnięte łożysko. Natomiast na 1007 porodów, podczas których wstrzyknięto wyciąg przysadki otrzymali autorzy 93% połogów normalnych, sprawdzania jamy macicy zmuszeni byli dokonać zaledwie w 0,5% przypadków, a ręcznie odkleić łożysko w 6,7%. Wstrzykując wyciąg przysadki nie zauważyli autorzy, tak często opisywanego w literaturze, skurczu szyi macicy, natomiast spostrzegali znaczne skracanie się III okresu porodu, który bardzo rzadko przekraczał 15. Reasumując autorzy polecają ten sposób prowadzenia porodu, jako nie dający żadnych ujemnych wyników, a skracający okres III-ci porodu, zmniejszający ilość operacyjnego wkraczania do jamy macicy i zmniejszający zachorowalność w połogu.

Leczenie eklampsji (Le traitement de l'éclampsie). J. L. Wodon.

Gynécologie et Obstétrique T. 37 Nr. 5, 1938, str. 336.

Autor twierdzi, że zarówno sam stan rzucawkowy, przedrzucawkowy jak i podniesienie ciśnienia i białkomocz przy końcu ciąży są wyrazem jednakowego zatrucia ciążowego, jedynie o różnym nasileniu. Zatrucie ciążowe autor dzieli na 1) postać lekką z białkomoczem nie przekraczającym 1,5‰ i ciśnieniem do 180 mm 2) postać groźną z białkomoczem ponad 1,5% i ciśnieniem wyższym od 180 mm, 3) postać najwyższą tj. właściwą rzucawkę i śpiączkę. Leczenie pierwszej postaci lekkiej polega na odpowiednim uregulowaniu diety tj. nie podawaniu ponad 2000 kal. na dobę (dla wagi śr. 60 kg) ze zmniejszoną ilością chlorków, zmniejszoną ilością białka do około 60 g na kg wagi na dobę i ograniczeniem płynów do litra na dobę. Poza tym dobry wpływ, zwłaszcza na nadciśnienie, mają według autora letnie kąpiele, podawanie środków bromowych i lekkich przeczyszczających.

Leczenie postaci cięższej należy rozpocząć od umieszczenia chorej w łóżku i od bardzo ścisłej djety z jednoczesnym podawaniem 20 jednostek angioxylu na dobę. Po 5 — 6 dniach, w razie poprawy, leczenie dietetyczne podane powyżej, w razie zaś dalszego pogarszania się — wywołanie przedwczesnego porodu. Przy rzucawce porodowej autor z pośród licznych innych środków farmakologicznych, poleca najbardziej siarczan magnezu 50% w ilości 3 g jednorazowo, powtarzając wstrzykiwania do ogólnej ilości 15 g na dobę. Często występujący przy rzucawce bezmocz radzi autor leczyć podawaniem wśródżylnie 250 — 400 cm^3 rozczynu hypertonicznego glukozy, na macicę natomiast należy działać dwuwęglanem sodu, najlepiej pod postacią kroplówki. Co do rozwiązywa-

nia rodzących podczas rzucawki przy pomocy cesarskiego cięcia, to autor jest zdecydowanym przeciwnikiem tej metody, ze względu na dużą śmiertelność matek po tej operacji. Na poparcie swego zdania podaje autor statystykę Bindera z tego samego szpitala w Brukseli, który na 45 przypadków eklamptyczek, rozwiązanych cięciem cesarskim miał 17,7% śmiertelności matek, natomiast po leczeniu farmakologicznym — śmiertelność wyniosła 7,7%. Na zakończenie referatu autor twierdzi, że dzięki powyżej podanemu sposobowi leczenia wcześnie uchwyconego zatrucia ciążowego na 6.471 przypadków zatrucia ciążowego w ciągu 5 lat miał tylko 6 przyp. rzucawki.

Trudności w rozpoznaniu histologicznym przemian złośliwych i dobrotliwych śluzówki trzonu macicy (Difficultés dans le diagnostic histologique des transformations benignes et malignes de la muqueuse du corps uterin). A s c h h e i m S.

Revue Française de Gyn. et d'Obstétr Juin 1938. Nr. 6, str. 471 — 479.

Zmiany anatomiczne śluzówki, macicy nasuwają często wątpliwości rozpoznawcze. Do takich zmian zalicza autor występowanie skupień komórek sześciennych, wykrywanych niejednokrotnie obok przerostu gruczołowego śluzówki.

Początkowo uważano je za specjalną postać raka, zalecając leczenie operacyjne. Ostatnio stanowisko to uległo zmianie. Autor na zasadzie zebranych w piśmiennictwie około 30 przypadków i na podstawie własnych spostrzeżeń uważa te zmiany za dobrotliwe. Skupienia komórek, występujące jednocześnie z przerostem gruczołowym śluzówki, powodują krwawienie, które jest wskazaniem do próbnego skrobania.

Za ich dobrotliwością przemawia: jednakowa wielkość komórek z dobrze zaznaczonymi zarysami, brak postaci nietypowych i komórek olbrzymich, słaba barwliwość i okrągły kształt jąder, oraz brak figur podziału.

Autor przytacza kilkanaście obserwacyj klinicznych dotyczących kobiet, u których stwierdzono powyżej opisane zmiany. U żadnej z nich w ciągu następnych, kilka do 15 lat trwających obserwacji nie stwierdzono wystąpienia raka śluzówki trzonu macicy.

Wobec trudności rozpoznawczych autor poleca ścisłą współpracę klinicysty z anatomopatologiem. Duże znaczenie ma wiek pacjentki. Starszym autor zaleca operację, młodym obserwację z powtórzeniem badania histologicznego wyskrobiu.

Autor przypuszcza, że komórki sześcienne powstają z komórek cylindrycznych drogą pośredniej metaplazji, w chwili podziału zmiana ta dokonywa się pod wpływem bodźców zapalnych, bądź hormonalnych.

Rozwój pęcherzyka Graafa w jajniku kobiety, wywołany przez wstrzykiwanie „mitosine sérique" (hormon gonadotropowy z surowicy klaczy ciężarnej). (Développement folliculaire provoqué dans l'ovaire de femme au moyen de l'injection de mitosine sérique (hormone gonadotrope du sérum de jument gravide). M o r i c a r d F., i F. S a u l n i e r.

Bull. Soc. Gynécol. T. 27. str. 132.

Autorzy opisują 4 przypadki, w których u młodych kobiet usunięto macicę z powodu mięśniaków, a jajniki wszczepiono w wargi większe. Jajniki te po pewnym czasie przestały działać i zamieniły się w małe guzki, średnicy ½ cm.

Wymienione chore otrzymały w kilku seriach duże ilości hormonu gonadotropowego z surowicy ciężarnych klaczy. Po tem leczeniu przyszło do powiększenia przeszczepów do wielkości jaja gołębiego i jednocześnie znikły objawy wypadowe, uprzednio bardzo wybitne.

Godne jest zaznaczenia, że pa przerwaniu leczenia zmniejszyły się znowu jajniki przeszczepione i ponowne injekcje nie były w stanie spowodować ponownego powiększenia jajników. Z drugiej zaś strony powiększały się one samoistnie—choć przejściowo tylko—nawet po przerwaniu injekcji omawianego przetworu.

W jednym przypadku uzyskano nakłuciem przeszczepionego jajnika płyn krwawy.

Autorzy w wyniku powyższych obserwacji przypuszczają, że „mitosine serique" — hormon gonadotropowy, pochodzący z surowicy ciężarnej klaczy, pobudza do wzrostu pęcherzyk Graafa w ludzkim jajniku.

Badań histologicznych nie wykonano.

Niepłodność kobieca a pH śluzu szyjki macicy (Stérilité feminine et ph du mucus cervical). S c h o c k a e r t J. A., i G. D e l r u e.

Bull. Soc. belge Gynéc. T. 13 str. 120.

Jest rzeczą powszechnie znaną, że śluz z szyjki macicy wykazuje odczyn zasadowy; jednakowoż liczne w tym kierunku badania wskazują na różnice, jakie istnieją w poszczególnych przypadkach.

Autorzy podjęli ścisłe badania nad kwasotą szyjki macicznej, wprowadzając bezpośrednio do szyjki jedną elektrodę przyrządu.

W wyniku tych badań stwierdzono w przypadkach prawidłowych pH 6,0 do 6,5; natomiast wśród 83 przypadków niepłodności grupa 37 przypadków ze zdrowemi jajowodami wykazała specjalnie niskie wartości pH.

Zdaniem autorów wspomniana wyżej nadmierna kwasota śluzu szyjki macicy może być przyczyną niepłodności. W prawidłowych bowiem przypadkach pH powinno nieco przewyższać 6,0. Nadmierna kwasota utrudnia wejście do macicy plemników.

Wniosek praktyczny — konieczność starannego leczenia szyjki w przypadkach niepłodności.

T. Zawodziński.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Leczenie bizmutem angin nieswoistych w praktyce dziecięcej. (Le traitement bismuthique des angines non spécifiques dans la pratique pédiatrique.) M. S c h ä c h t e r — N a n c y. B u c a r e s t.

Revue de Médecine. Avril 1938.

Sprawa leczenia angin (niebłoniczych) pozostaje stale otwarta. Stosowanie środków przeciwgorączkowych, okładów i płukania gardła jest leczeniem czysto objawowym, które nie skraca czasu trwania choroby i nie zapobiega powikłaniom.

Tymczasem anginy nieswoiste trwają, zwykle około 8 dni i powodują liczne powikłania.

Dlatego P o t o n w braku innego skuteczniejszego środka zaczął stosować wstrzykiwanie domięśniowe lub podskórne 5000 — 10.000 j. surowicy przeciwbłoniczej i przekonał się, że takie wstrzyknięcie powoduje szybkie wyzdrowienie.

Autor pewien czas posługiwał się także tą metodą. Uważał jednak, że ma ona swoje ujemne strony, a mianowicie narażanie dziecka bez istotnej przyczyny na chrobę posurowiczą lub wstrząs uczuleniowy.

W poszukiwaniu innych sposobów leczenia zatrzymał się na bizmucie. Już w r. 1933 lekarz brazylijski Monteiro zastosował bizmut w leczeniu angin nieswoistych i uzyskał skrócenie czasu trwania choroby. Va z d e M e l l o leczył tą metodą 130 dzieci z podobnym wynikiem i nie stwierdził objawów podrażnienia nerek lub ogólnej nietolerancji. S t i e h r przekonał się, że u 150 dzieci tak leczonych choroba przebiegała bez powikłań. O. B o e s e obserwował także zmniejszenie ilości powikłań przy tym sposobie leczenia. O. I s s e l h a r d uważa, że tym lepszy jest wynik tego leczenia, im młodsze jest dziecko.

Materiał autora wynosi 40 przypadków dotyczących dzieci w wieku od 6 — 12 lat. Wszystkie te dzieci przez czas trwania choroby pozostawały w łóżku z ciepłymi, suchymi okładami na szyi. Wstrzyknięto im jeden raz domięśniowo 0,02 grama bizmutu. Poprawa stanu ogólnego wraz z cofaniem się procesu ropnego miejscowego występowała w 24 — 72 godzin po wstrzyknięciu. Tylko w 2-ch przypadkach zaszła konieczność powtórzenia zabiegu. Leczenie to nietylko skraca chorobę, ale zapobiega powikłaniom. Autor nigdy nie obserwował ujemnego działania ubocznego lub objawów braku tolerancji u dzieci w stosunku do bizmutu.

Leczenie ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych pochodzenia usznego, wywołanych przez paciorkowca i „pneumococcus mucosus" para-aminofenylosulfamidem (1162 F). (Traitement des méningites post-otitiques à streptocoques et „pneumococcus mucosus" par le para-aminophénylsulfamide (1162 F). C a m i l l e H u b e r t. Chargé du Service d'otorhinolaryngologie de l' Hôpital Saint-Joseph.

La Presse Médicale. Mai. 1938.

Leczenie ropnych paciorkowcowych zapaleń opon mózgowo - rdzeniowych pochodzenia usznego było przedmiotem bardzo licznych prac. Do 1935 r. rokowanie w tym schorzeniu przedstawiało się prawie beznadziejnie. Statystycznie śmiertelność według G r a y a i D w y e r a wynosiła od 97 — 98%. Liczby autora, uzyskane na podstawie 30-letniego własnego doświadczenia w jego szpitalu, nie odbiegają wiele od poprzednich. Rokowanie uległo zasadniczej poprawie po wprowadzeniu do leczenia tych postaci zapaleń opon mózgowo - rdzeniowych paraaminomenylosulfamidu. Autor przytacza 5 przypadków, znanych mu

ENTERAKTIN

POŁĄCZENIE CHLORAKTINU Z WĘGLEM AKTYWOWANYM *w opłatkach i ziarenkach*

ODKAŻA PRZEWÓD POKARMOWY,
ZWALCZA PROCESY GNILNE I FERMENTACYJNE
POCHŁANIA PRODUKTY ROZKŁADU I GAZY,
LECZY NIEŻYTY JELIT, CZERWONKĘ, OWRZODZENIA JELIT, ZATRUCIA POKARMOWE

DAWKOWANIE: *3 — 6 razy dziennie, po jedzeniu, 1 opłatek lub łyżeczka ziarenek*

L. NASIEROWSKI
Chem. Farm. Zakłady Przem. Handl.
Warszawa 22, ul. Kaliska 9

z piśmiennictwa, i 3 obserwowane przez siebie wyleczenia ropnego zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych przy pomocy tego preparatu.

Jeszcze beznadziejniej przedstawiała się sprawa leczenia ropnych zapaleń opon mózgowo - rdzeniowych, wywołanych przez „pneumococcus mucosus". T i x i e r, E c k i G r o s s i a r d obserwowali wiele przypadków tego schorzenia. Jeden z nich tylko, w którym zastosowano paraaminofenylosulfamid zakończył się pomyślnie. Autor, idąc za ich przykładem, uzyskał zupełne wyleczenie 17-letniej dziewczyny.

Leczenie paraaminofenylo sulfamidem stosuje się niezależnie od wykonanego zabiegu operacyjnego (paracenteza, trepanacja wyrostka sutkowego). Paraaminofenylo sulfamid podaje się doustnie in substantia i jednocześnie dolędźwiowo w roztworze (0.85 : 100,0). Przetwór do wstrzykiwań znajduje się w handlu w ampułkach 20 cm³. W temperaturze pokojowej krystalizuje i musi być przed podaniem ogrzany do ciepłoty ciała. Podawanie zaczyna się od t. zw. „dawki atakującej", która wynosi przy zastosowaniu doustnym 6,0 g — 8,0 g dla dorosłych, 4,0 — dla dzieci powyżej 11 lat, 3,0 g — poniżej tego wieku. Ilość ta powinna być zużyta w 12 porcjach w ciągu 24 godzin. Jednocześnie wstrzykuje się codziennie do kanału lędźwiowego dorosłym 20,0 g, dzieciom powyżej 6-lat 10,0 g tego samego roztworu. Wprawdzie paraaminofenylosulfamid podawany doustnie pojawia się już po upływie 3-godzin w płynie mózgowo - rdzeniowym, jednak stężenie leku, które autor uważa za działające (0,85 g leku na 100 cm³ płynu mózgowo - rdzeniowego), przy podawaniu wyłącznie doustnym, nie łatwo daje się osiągnąć. Ilość podawanego doustnie i wstrzykiwanego do kanału lędźwiowego paraaminofenylosulfamidu należy zacząć zmniejszać dopiero wtedy, gdy w ciągu 4-dni płyn mózgowo - rdzeniowy, nie wykazuje w posiewach bakteryj i zawiera mniej niż 150 ciałek białych w 1 mm³ w tym poniżej 50% leukocytów. Zwykle ten stopień poprawy udaje się uzyskać po 4 dniach stosowania leku. Jednocześnie, aby uniknąć kwasicy, należy podawać doustnie dwuwęglan sodu, zastosować przetaczanie krwi w celu podniesienia stanu ogólnego i podawać duże ilości płynów (doustnie, podskórnie lub w kroplówce) dla wzmożenia diurezy. W czasie całego okresu leczenia należy zwracać baczną uwagę na stan ogólny, badać codziennie mocz i co kilka dni krew. Autor spostrzegał w przebiegu leczenia, jako wyraz uszkodzenia ustroju paraaminofenylosulfamidem: białkomocz, małomocz, sinicę bez hemoglobinemii i sulfhemoglobinemii, zmniejszenie ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych, żółtaczkę. Zmiany te zmuszały autora do zaprzestania w tych przypadkach stosowania paraaminofenylosulfamidu.

Wyprysk niemowlęcy. Próby odczulania za pomocą wywoływania podwyższonej ciepłoty. (Eczéma vrai du nourrisson. Essai de désesensibilisation. Efficacité en fonction des poussées thermiques.) G. B l e c h m a n, R. Ch. F r a c o i s.

La Pédiatrie pratique, 1938, Nr. 6.

Przypadek opisanyprzez autorów dotyczy 9-o miesięcznego niemowlęcia, które od trzeciego miesiąca życia cierpiało na wyprysk niemolęcy, przebiegający z dużym nasileniem objawów. Wszelkie stosowane środki lecznicze, dające zazwyczaj w stanach takich poprawę, w tym przypadku były zupełnie nie skuteczne. W dziewiątym miesiącu życia dziecko zapadło na gorączkę ciągłą, około 40 — 41° C, trwającą przez dwa tygodnie. Zarówno badanie narządów wewnętrznych, jak też badania moczu, oraz bakteriologiczne i serologiczne badania krwi nie wyjaśniały istniejącego stanu. Jednocześnie zmiany na skórze cofnęły się zupełnie. Po piętnastu dniach od powrotu ciepłoty do normy zmiany wypryskowe na skórze wystąpiły ponownie.

Wobec tego autorzy postanowili probować odczulać dziecko, wywołując u niego sztucznie podwyższenie ciepłoty.

Podano: 1) Pięciokrotnie doskórnie histydynę w ilości 0,02. Żadnego odczynu nie zaobserwowano.

2) Anatoksynę stafilokokową (doskórnie). Po pierwszej injekcji żywy odczyn miejscowy, oraz ogólny w postaci podwyższonej ciepłoty do 38,8°. Znaczna poprawa stanu skóry. Po drugim wstrzyknięciu, wykonanym w 48 godz. później odczyn miejscowy mniej wyraźny, ciepłota 38° C, stan skóry nadal ulega nieznacznej poprawie. Natomiast następne dwa wstrzyknięcia nie dały ani ogólnego, ani miejscowego odczynu. Skóra bez zmian. Wobec tego poniechano dalszego stosowania tego środka.

3) Po szczepionce enterokokowej był jedynie słaby odczyn miejscowy, bez odczynu ogólnego, oraz zmian skórnych.

4) Szczepionka anastafilokokowa P a s te u r a zmian nie dała.

Choroba Saalama u dzieci i dorosłych. (Spasmus nutans chez l'enfant et l'adulte.) M. S c h a c h t e r.

La Pédiatrie pratique. 1938, Nr. 6.

Pomiędzy licznymi „złymi nałogami" i „tikami" często stosunkowo obserwuje się u dzieci tik głowy, znany pod nazwą spasmus nutans, lub *tiku Saalama.* Mechanizm i patogeneza tego cierpienia nie są jeszcze znane. Są to ruchy głowy rytmiczne, lub nie rytmiczne, mimowolne, odbywające się horyzontalnie, niekiedy w kierunku z góry nadół, niekiedy obrotowo. Ruchom tym towarzyszy niejednokrotnie oczopląs obydwu oczu, lub rzadziej jednego. Oczopląs może być również wielokierunkowy, przeważa jednak horyzontalny. Cierpienie to spotyka się w wieku 4 — 11 lat, częściej u dziewczynek niż u chłopców. Upośledzenie rozwoju umysłowego autor obserwował w 10% przypadków. Według autora podłożem tego zespołu są zaburzenia natury psychicznej, polegające na uczuciu niezaspokojenia pragnień dziecka. Ruch ten jest niejako ruchem kołysania (autobercement). Od schorzenia tego należy odróżnić podobny pod względem objawów tik u dorosłych, który, zaczynając się w dziecięctwie, nie mija z wiekiem, jak to się dzieje w chorobie S a a l a m a.

Autor przytacza przypadek młodego człowieka, u którego tikowi głowy, przebiegającemu z oczopląsem, towarzyszyło drżenie rąk czasami tak silne, że przeszkadzało w takich czynnościach, jak pisanie. Dolegliwości te nasilały się pod wpływem zdenerwowania, lub kiedy chory czuł, że jest obserwowany. Poza nieznacznymi śladami krzywicy innych odchyleń od normy, szczególnie w zakresie układu nerwowego nie spostrzegano. Wywiady bez znaczenia.

Autor przypuszcza, że przebyta przez chorego

krzywica wpłynęła na zaburzenie w rozwoju układu nerwowego, szczególnie, co jest bardzo prawdopodobne, układu pozapiramidowego.

Wyleczenie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pochodzenia pneumokokowego (typ I) za pomocą sulfamidu podawanego doustnie. (Méningite cérébro-spinale à pneumocoque I, guérie par le sulfamide (voie buccale). L. Tixier, M. Eck, Grossiard.

Bulletin de la Sociéte de Pédiatrie de Paris, mars 1938, str. 118 — 123.

Autorzy opisują przypadek ciężkiego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, pochodzenia pneumokokowego (typ I), wyleczonego szybko sulfamidem. Obserwowany chłopiec w wieku jedenastu lat przybył do szpitala w trzecim dniu choroby z ciepłotą podwyższoną do 41° C, drgawkami, zamroczeniem, znaczną sztywnością mięśni i karku. Nakłucie lędzwiowe wykazało płyn mętny o ciśnieniu wzmożonym. Z płynu wyhodowano następnie pneumokoki. W ciągu pierwszej doby podano dziecku 6 pastylek sulfamidu (pod postacią Néococcyl Martinet). Następnego dnia ciepłota opadła do 39° C, oraz wystąpiła lekka poprawa stanu ogólnego, pozatem zniknął wyciek ropny z uszu, który istniał u dziecka niezależnie od zasadniczego cierpienia. W drugiej dobie leczenia-ciepłota na poziomie 37° C, dziecko przytomne, domaga się jedzenia. Płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje pleocytozę 480 ciałek ropnych w 1 mm^3. Posiew jałowy. Dawkę dzienną leku zmniejszono do czterech pastylek dziennie. Poprawa stanu ogólnego szybko postępuje naprzód. Badanie dna oka w 8-m dniu choroby, w płynie pleocytoza wynosi 15 ciałek w 1 mm, z tego 60% wielojądrzastych, posiew nadal jałowy. Mimo dobrego stanu, sulfamid podawany jest nadal w ilości I pastylki w ciągu 3 dni. Badanie moczu, wykonywane przez cały czas leczenia, nie wykazywało odchyleń od normy.

Niewątpliwy sukces leczniczy osiągnięty w schorzeniu, które dotychczas nastręczało duże trudności w leczeniu, zależy według autorów od wczesnego podania leku, dużych jego dawek (2 — 4 g pro die, 19 g w ciągu całej kuracji) oraz długiego czasu, w jakim sulfamid podawano, nie bacząc na dobry stan dziecka. Według autorów w przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, których etiologia nie jest znana, lepiej po dokonaniu nakłucia lędźwiowego ograniczyć się do podania doustnego sulfamidu, przenikającego bardzo szybko do płynu mózgo-rdzeniowego, aniżeli dawać „na wszelki wypadek" surowicę meningokokową, która niejednokrotnie powoduje burzliwe objawy choroby posurowiczej.

P. Wójciak.

CHOROBY SKÓRNE.

Zespół Heerfordta, spostrzegany przez oftalmologów jako szczególna postać choroby Besnier-Boeck-Schaumanna. (Le syndrôme de Heerfordt des ophtalmologistes n'est qu'une forme particulière de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann). L. M. Pautrier.

Annales de Dermat et de Syphil. 1938, Nr 3.

W poprzedniej pracy opisał autor szereg zaburzeń, wchodzących w zakres chorób wewnętrznych, a będących objawem „wielkiej retikuloendoteliozy", określonej nazwą choroby Besnier-Boeck-Schumanna. Obecnie autor zwraca uwagę na zespół, opisany przez Heerfordta (1909), spostrzegany w przypadku typowych zmian na skórze, charakterystycznych dla choroby B.-B.-Sch.

Zespół H. polega na przewlekłym zapaleniu ślinianek przyusznych, przebiegających wśród niewielkiego podniesienia ciepłoty, na zmianach zapalnych tęczówek, na zajęciu nerwów.

Opisany przypadek dotyczy 30-letniego mężczyzny, który w maju r. 1937 cierpiał na obustronne zapalenie ślinianek przyusznych przy ciepłocie, nie przekraczającej 38° i na lewostronne porażenie nerwu tworzowego, pochodzenia obwodowego. Pod koniec czerwca wystąpiły objawy porażenia lewego nervus recurrens (zmiana głosu, trudności w przełykaniu). Wtenczas także wystąpiły pierwsze zmiany na skórze. Po szeregu miesięcy stan ślinianek i porażenia znacznie się poprawiły, lecz w jesieni tego samego roku ostrość wzroku znacznie osłabła, a okulista stwierdził u chorego irido-cyclitis ze znacznymi zrostami i obecność licznych zmian (guzków) na tęczówce. Zmiany skórne nasiliły się, co skłoniło okulistów i laryngologów do skierowania chorego do dermatologa. Na skórze stwierdzono rozległe guzowate sarkoidy skórne, liczne w postaci obrączkowej, zlewające się na ramionach, przedramionach i na biodrach, nacieczone rumienie na dłoniach, na stopach natomiast (grzbietach i podeszwach) i na goleniach zmiany w postaci złuszczającej erytrodermii.

Badanie drobnowidowe potwierdziło obecność choroby B.-B.-Sch. Szczepienia na 12-tu zwierzętach, dokonywane podskórnie, dojądrowo, do mózgu tkanką chorobową i krwią chorego nie dały żadnych wyników.

Przypadek spostrzegany przedstawiał pewne szczególne cechy kliniczne i histologiczne; obrączkowa postać wykwitów znana jest w przebiegu choroby B.-B.-Sch. Wykwity obrączkowe występują jednak najczęściej na twarzy i powstają przez obwodowe szerzenie się tarczek z ich bliznowatym zanikiem w części środkowej, są to więc wykwity starsze. W przypadku opisanym wykwity obrączkowe były młode, kształt obrączkowy wykwitów występował niemal od początku, blizna w części środkowej zjawiała się znacznie później, a obrączki istniały zarówno na skórze tułowia, jak i kończyn. Obfite łuszczenie było również objawem nie często w tej chorobie spotykanym. Duża skłonność do samoistnego cofania się wykwitów, zmiany w postaci erytrodermii, zajęcie dłoni i podeszew były dalszymi, niezwykłymi objawami tej choroby. Histologicznie: tkanka podskórna, która zwykle nie bierze czynnego udziału w procesie chorobowym, a jest tylko biernie wciągnięta w obręb nacieków, w przypadku spostrzeganym wykazuje czynny udział przez zgrubienie beleczek i szczególny rodzaj komórek naciekowych. Ogniska zgorzelinowe szczególnego typu i umiejscowienie komórek epiteloidalnych tuż pod naskórkiem są również niezwykłymi szczegółami w utkaniu tej tkanki chorobowej.

W przypadku opisanym nie stwierdzono zmian w gruczołach, w układzie kostnym ani w płucach. Współistnienie zespołu H. ze zmianami skórnymi tak bardzo typowymi dla choroby B.-B.-Sch. nasuwa przypuszczenie wspólnego czynnika etiologicznego. Na poparcie tego przypuszczenia wymienia

autor następujące dowody: 1) cztery znane autorowi inne przypadki współistnienia zespołu H. z chorobą B.-B.-Sch., w których stwierdzono typowe zmiany skóry, gruczołów, płuc itd., 2) zebrane z literatury 120 przypadków zespołu H. dotyczą wyłącznie Anglo - Sasów, (w Szwecji, Norwegii, Danii, Holandii i Anglii choroba B.-B.-Sch. jest najczęstszą), 3) stwierdzenie w szeregu przypadków zespołu H. nietypowych (niepewnych) zmian skóry i uogólnionych gruczołowych (20 przyp.), 4) zgięcie ślinianek przyusznych, ich utkanie drobnowidowe charakterystyczne dla choroby B.-B.-Sch. spotyka się zarówno w zespole H., jak i w chorobie B.-B.-Cch. bez zespołu H., 5) powikłania ze strony narządu wzroku znane są w chorobie B.-B.-Sch., występują w postaci zmian ziarnistych na spojówkach, tęczówkach, na ciele rzęskowym, niekiedy na naczyniówce. W końcu autor zwraca uwagę na istnienie przypadków choroby B.-B.-Sch., w których przeważa zajęcie górnego odcinka, głowowego. W takich przypadkach zwykle zajęte bywają ślinianki, oczy i nerwy (zajęcie nerwów tłumaczy zmianami toksycznymi). Ponadto podnosi autor dobrotliwy przebieg zmian skórnych, w przypadkach, w których współistnieje zespół H.

Powyższe spostrzeżenia nie przyczyniają się do rozstrzygnięcia etiologii tego schorzenia, które najpowszechniej uważane jest za pewną odmianę gruźlicy, może gruźlicy bydlęcej, jakkolwiek dotychczas ani badania bakteriologiczne, ani doświadczalne na zwierzętach żadnego na to dowodu nie dostarczyły.

Czynna postać kiły wrodzonej w drugim pokoleniu (La forme virulente de la syphilis héréditaire de deuxième génération). G. C. Higoumenakis.

Annales des Maladies Vénér. 1937, Nr 9.

Kiła wrodzona drugiego pokolenia przebiega najczęściej pod postacią zmian zwyrodnieniowych lub w postaci utajonej. Już w pierwszym pokoleniu czynna kiła wrodzona jest względnie rzadką, tym rzadsza jest ona w drugim pokoleniu, gdyż krętki, przechodząc na następne pokolenia tracą swoją żywotność. Od r. 1934 autor spostrzegał 4 przypadki kiły wrodzonej w drugim pokoleniu, przebiegającej ze zmianami, które świadczyły o znacznej żywotności krętków; w 2 przypadkach wystąpiły wykwity typu drugorzędnych, w jednym wrodzone zwichnięcie stawu biodrowego, kilakowe zmiany kostno-okostnowe i pseudoparalysis, w czwartym przypadku późne zmiany trzeciorzędne na skórze.

Ogólne wyczerpanie po-bizmutowe a łączne leczenie bizmutowo-wątrobowe (Association hépatobismuthique et asthénie bismuthique). A. Patte.

Annales des Maladies Vénér. 1937, Nr 9.

W przypadkach leczenia bizmutem spostrzega się niekiedy szybko postępujące ogólne wyczerpanie chorego, które zmusza lekarza do zmniejszenia dawek lub do całkowitego zaprzestania podawania tego leku. Aby zapobiec temu powikłaniu autor stosował łączne wstrzykiwania 0,04 g bizmutu metalicznego (w postaci wodnego roztworu winianu sodowego i potasowego) i wyciągu wątrobowego, odpowiadającego 30-tu gramom świeżej wątroby. Zabiegi te były dobrze znoszone, a wyniki były zadawalające (40 przyp.).

Podniesienia ciepłoty w przebiegu leczenia bizmutem chorej, dotkniętej liszajem rumieniowym twarzy (Réactions thermiques au cours du traitement bismuthique chez une malade atteinte de lupus érythémateux de la face). G. Milian.

Revue franç. de Dermat. et de Vénér. 1937, Nr 6.

U młodej dziewczyny, obarczonej gruźlicą płuc, u której śródskórny odczyn tuberkulinowy wypadł dodatnio, zastosowano z powodu liszaja rumieniowego (postać zapalna, bez zaników) na twarzy i małżowinach usznych leczenie bizmutowe. Podczas leczenia zmiany skórne ustępowały, chora jednak po każdym wstrzyknięciu gorączkowała, a ciepłota dochodziła nazajutrz po zabiegu do 38°. Ten odczyn gorączkowy należy tłumaczyć swoistym wpływem bizmutu na schorzenie skórne, jest to zjawisko biotropizmu bezpośredniego, które stopniowo wygasało, przy 15-tym wstrzyknięciu całkowicie ustąpiło.

Po przerwie trwającej 8 miesięcy zastosowano dożylne wstrzykiwania złota (crisalbine). Odczyn gorączkowy występował ponownie, po czym nastąpiło zaostrzenie procesu gruźliczego w gruczołach. To powikłanie zależne było od wpływu złota na prątki gruźlicze i należy je również zaliczyć do objawów biotropizmu bezpośredniego.

Zapalenia sromu i pochwy u dzieci, ich leczenie hormonalne (Les vulvo-vaginites infantiles, leur traitement hormonal). J. Gaté, P. J. Michel, J. Delbos.

Annales des Maladies Vénér. 1937, Nr 10.

Szereg doświadczeń na zwierzętach wykazał, że podawanie follikuliny jednostkom niedojrzałym szybko zmienia ich zasadowy odczyn wydzieliny w pochwie na kwaśny. Podobnie oddziałuje śluzówka rodnych dróg kobiecych u dzieci, przy czym można uzyskać pH w pochwie dochodzące 6,0. To zjawisko zużytkowano w leczeniu stanów zapalnych dolnych odcinków rodnych u dziewczynek i to zarówno w przypadkach zapaleń rzerzączkowych, jak i innych zakażeń. Zmiana chemiczna a także fizyczna środowiska utrudnia rozwój drobnoustrojów lub nawet całkowicie uniemożliwia. Leczenie follikuliną w postaci wstrzykiwań domięśniowych, po 10 tys. jednostek tygodniowo (dawka powyższa może być zmniejszona do połowy) zastosowano u 15-tu dziewczynek, z tych 8 zakażonych było rzeżączką. Wyniki lecznicze były lepsze i szybsze w przypadkach rzeżączki niż w zapaleniach, wywołanych przez inne drobnoustroje. Leczenia miejscowego nie stosowano. Próby leczenia przez podawanie doustne follikuliny dały, począwszy od drugiego tygodnia również dobre wyniki i, być może, leczeniem doustnym będzie można zastąpić wstrzykiwania.

Dermatologia w r. 1938 (La dermatologie en 1938). G. Milian, L. Brodier.

Paris Médical. 1938, Nr 3.

W obszernej pracy, dotyczącej zmian chorobowych naczyń włosowatych skóry, nazwą capillaritis określa Touraine nie tylko zmiany samych włośniczek, lecz również zmiany skórne spowodowane przez schorzenie włośniczek, przy czym do tych

zalicza zarówno drobne tętniczki, jak i żyły skóry. Ogólnie schorzenia te należy podzielić na takie, w których zmiany naczyniowe są główną przyczyną i punktem wyjścia schorzenia i takie, w których zmiany naczyniowe są, obok innych, tylko jednym z objawów schorzenia.

Ostre schorzenia dotychczas mało są znane; opisano postać przerostową naciekową, zgorzelinową, zapalną, wybroczynową, wysiękową, naciekową. Przewlekłe występują w odmianach tych samych, cechują się obfitymi przebarwieniami, zanikami, prowadzącymi do rozszerzeń, wreszcie zmianami bujającymi. Okolicą szczególnie usposobioną do schorzeń naczyń włosowatych skóry są golenie, dużą rolę w ich etiologii odgrywa konstytucjonalna słabość tkanek, a na tak przygotowanym podłożu ostateczną przyczyną mogą być urazy, zakażenia, wpływy toksyczne i zmienione warunki krążenia (żylaki).

Schorzenia włośniczek naczyń chłonnych spotyka się w róży i innych schorzeniach paciorkowcowych. Schorzenie wyłącznie drobnych tętnic w chorobie Raynauda, którą Milian łączy z zakażeniem kiłowym. Capelli spostrzegał rozległe schorzenia włośniczek u kobiety obarczonej gruźlicą. Favre zwraca uwagę na niemożność oddzielenia schorzeń włośniczek od zmian w tkance łącznej.

Na zebraniu poświęconym wyłącznie zagadnieniom ziarniniaków Pautrier pod tą nazwę podciąga zmiany cechujące się obecnością nacieków zapalnych o szczególnym typie, a mianowicie wielopostaciowym co do rodzaju komórek. Z grupy ziarniniaków wyłączono chorobę Besnier-Boeck-Schaumanna, pozostawiając mycosis fungoides, granulomatosis maligna (Paltauf-Sternberg) i szereg innych mało określonych schorzeń, tworzących podobne nacieki.

Granulomatosis maligna rzadko przebiega ze zmianami na skórze, jedynie świąd jest objawem spotykanym prawie w każdym przypadku. Na skórze zmiany morfologiczne bywają wielopostaciowe; rozlewne, zapalenia skóry są najczęstsze; guzki, tarczki i guzy umiejscowione bywają najczęściej na twarzy. Zmiany skórne poprzedzają niekiedy zmiany w gruczołach, a że ich utkanie może być mało typowe, przeto trudności rozpoznawcze są znaczne.

Prace doświadczalne na zwierzętach wykazały, że leukemia limfatyczna, lymphomatosis aleucemica, leucosarcomatosis i lymphosarcomatosis są rozmaitymi typami jednego i tego samego schorzenia. Zmiany skórne w przebiegu tych przypadków są bardzo rzadkie, występują w postaci małych, nielicznych guzków skórnych i podskórnych, nie sprawiających żadnych dolegliwości lub w postaci tak zwanych leukemidów, czyli zmian wtórnych w następstwie silnego swędzenia. Kilku autorów wskazuje na możliwość wielopostaciowych zmian skóry w przebiegu białaczek, a mianowicie na występowanie zaników, przebarwień i nacieków. Spostrzeżenie Favrea wykazuje, że skóra może być punktem wyjścia białaczki, gdyż w jego przypadku na kilka lat przed pojawieniem się zmian w gruczołach i w krwi istniała na skórze przedramienia tarczka o utkaniu złożonym z limfocytów. Inne przypadki potwierdzają zapatrywania Favrea. Między innymi spostrzegano erytrodermię złuszczającą, która poprzedziła białaczkę.

W przypadkach białaczki pochodzenia szpikowego spotykamy w skórze nieswoiste zmiany, jak wybroczyny, pokrzywki, guzki świerzbiączkowe lub swoiste naciekowe guzki, przede wszystkim na klatce piersiowej, ramionach i udach.

W przypadku zaostrzenia białaczki spostrzegano ostry wybuch osutki grudkowej, krótkotrwałej, o utkaniu typowym, która poprzedziła na kilka dni zejście śmiertelne.

Ziarniniak grzybiasty (mycosis fungoides) w okresie wstępnym (stadium premycoticum) daje zmiany wielopostaciowe. Opisano je, jako rumieniowo - zanikowe, barwikowe, teleangiektaie, łuszczycowe, przyłuszczycowe, wreszcie jako opryszczki i folliculitis agminata suppurativa. Pautrier spostrzegał erytrodermię, nie wykazującą cech charakterystycznych, która utrzymując się przez 19 lat poprzedziła pojawienie się ziarniniaka grzybiastego. Szereg przypadków ziarniniaka grzybiastego, który pojawił się bez okresu zmian poprzedzających jest dość liczny. Ponadto spostrzegano w przebiegu tego schorzenia przejściową bakteriurię gruźliczą i zanikowy nieżyt żołądka. Według Pautrier myc. fung. jest to reticulo-endotheliosis a komórki, wchodzące w skład utkania nacieków pochodzą z perithelium. Inni dowodzą zapalnego pochodzenia nacieków. Wszyscy godzą się na leczenie promieniami X i radem, jako najskuteczniejsze.

Pinetti wykazał w swoich badaniach bakteriologicznych, że chorobotwórcze gronkowce są tylko te, które nie odbarwiają pożywki specjalnej (agar + cristal violet) i które na tej pożywce tworzą rzadko rozsiane błękitne kolonie.

Milian opisał szereg guzów pochodzenia gronkowcowego (gommes staphyloc.), przy czym często zakażenie było mieszane, gronkowcowe i micrococcus catarrhalis lub bact. cutis commune. Sabouraud poleca szerokie odkażanie skóry w przypadkach czyraczności nalewką jodową 1%, Ramon na podstawie kilkuset przypadków leczenie anastafilotoksyną, przy czym ta ostatnia zadana kwasem trójchlorooctowym wywołuje mniejszy odczyn miejscowy i ogólny a jest równie skuteczna, gdy zawiera jedynie proteiny swoiste. Leczenie anatoksyną powinno być, zdaniem Miliana, kontrolowane śródskórną próbą wykonaną z toksyną gronkowcową, który to zabieg ma wykazać, czy odporność się zwiększa. Ze schorzeń gronkowcowych, jedynie przypadki trądzika nie nadają się do leczenia anatoksyną. Odczyn miejscowy po anatoksynie bywa nieduży i mało ważny, z odczynów ogólnych, które rzadko występują wymienia się bóle stawowe a Duvoir opisał zejście śmiertelne na skutek ostrej niedomogi nadnerczy. Według Miliana nie ma ciał o większych własnościach biotropicznych od szczepionek i surowic i wyżej wymienione powikłania są zrozumiałe w świetle tego poglądu.

Zofia Jastrzębska.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Tomografia czyli planigrafia krtani prawidłowej. (La tomographie on planigraphie du larynx normal). G. Canuyt i Gunsett.

Les Annales d'otolaryngologie 1937. Nr 11.

Zdjęcia boczne pozwalają na uzyskanie dobrych obrazów z okolicy nagłośni i fałdów wejścia do

krtani. W częściach niższych krtani nakrywanie się obrazów prawej i lewej strony obniża wartość analogicznych zdjęć, podczas gdy na zdjęciach przednio - tylnych obraz kręgosłupa stanowi walną przeszkodę. Piękna myśl podkreślenia konturów światła krtani przez środki kontrastowe nie dała na razie zadawalających rezultatów. Tomografia stawia sobie zadanie uzyskania obrazów rentgenologicznych z poszczególnych płaszczyzn przy zgaszeniu niejako wszystkich innych. Dzieli ona wedle określenia Bocage, pierwszego później zapomnianego twórcy idei takich zdjęć, preparat anatomiczny na coś w rodzaju skrawków rentgenologicznych. Całkiem niedawne urzeczywistnienie tej idei łączy się z nazwiskami Lebony (1930), Ziedsesa i Bartelinka (1832), Chaoula i Grosmanna (1935). Autorzy tej pracy odkryli tą drogą ciało obce krtani, którego nie dało się stwierdzić drogą zwykłej rentgenografii. Szereg „tomogramów", przedstawionych w pracy, wykazuje nadzwyczajną instruktywność obrazów, gdzie nawet występują wyraźnie różnice między okresem oddechowym a fonacyjnym, a cień kręgosłupa jest zupełnie wyeliminowany. Autorzy wskazują na niezwykłe korzyści metody dla wykrywania stanów patologicznych i porównawczej oceny prawej i lewej strony strun, kieszonek Morgagniego i okolicy podgłośniowej.

Tomografia czyli planigrafia krtani patologicznej (La tomographie on planigraphie du larynx pathologique). G. Canuyt i Gunsett.

j. w.

W pracy tej przedstawiają autorzy szereg obrazów tomograficznych stanów chorobowych krtani: 1) polip prawej struny głosowej, 2) toczeń krtani, 3) kilak krtani, 4) porażenie prawej struny głosowej, 5) krwiak urazowy krtani. Również odnośnie do raka krtani obiecują sobie autorzy znaczne korzyści ze strony tomografii.

Ezofagotomia i mediastinotomia (Oesophagotomie et mediastinotomie). P. Guns.

j. w.

Autor stwierdza, że w ostatnich czasach duże przedziurawienia przełyku są rzadsze, małe częstsze, niż dawniej. Pozostaje to w związku z częstszym wykonywaniem ezofagoskopii, a tym samym z udoskonaleniem jej techniki. Autor podaje szereg statystyk przedziurawień (Eycken, Orton, Myerson, Cramer), podających odsetki wyzdrowień w razie zachowania się wyczekującego i w razie wkraczania operacyjnego. Niektóre statystyki wykazują doskonałe wyniki przy wyczekiwaniu, inne bardzo złe wyniki przy interwencji czynnej. Mimo to autor skłania się do taktyki raczej czynnej, opartej na jasno zdeklarowanej symptomatologii, a to na tej zasadzie, że nigdy nie można z góry przewidzieć, które przedziurawienie ulegnie zakażeniu śródpiersia, że w razie powstania zakażenia rokowanie jest zdecydowanie złe i wreszcie, że zabieg ezofagotomii jest nieznaczny a korzyści jego duże. Przedziurawienie można rozpoznawać, w razie obecności dwóch objawów jednego klinicznego, tj. odmy podskórnej i drugiego rentgenologicznego, tj. bani powietrznej przedkręgowej. Co do pierwszego to należy zauważyć, że na początku badania może on być nieobecny, lecz gdy każemy pacjentowi połykać powietrze, stopniowo się ujawnia. W razie wystąpienia tego zespołu należy operować. Gdy bowiem wystąpią dalsze charakterystyczne objawy, tj. podwyższona ciepłota i ból promieniujący w plecy, szyję i ucho (uszy), a zwłaszcza także ból uciskowy przed mięśniem mostkowo - obojczykowo - sutkowym, zakażenie śródpiersia jest już faktem dokonanym, a interwencja chirurgiczna jest na ogół wówczas spóźniona. Następnie opisuje autor technikę zabiegu. Cięcie biegnie przed przednim brzegiem wspomnianego mięśnia od okolicy poza kątem żuchwy aż do okolicy przyczepu mięśnia na mostku. Po przecięciu skóry, powierzchownej powięzi i odsłonięciu mięśnia zdąża się na tępo do dużych naczyń, które wraz z mięśniem przemieszcza się ku stronie bocznej; od strony przyśrodkowej widać płat tarczycy. W głębi dostrzega się przełyk, umieszczony w wiotkiej i mało unaczynionej tkance łącznej przedkręgowej, którą rozdziela się palcem. Okolicę tę setonuje się, zostawiając gazę 48 do 72 godzin. Rany nie szyje się. Operuje się w znieczuleniu miejscowym od strony lewej lub prawej. Odżywianie pacjenta w ciągu 12 dni jest sztuczne (sondą). Autor podaje cztery opisy przypadków operowanych przez siebie. Jeden, operowany w 48 godzin po perforacji zmarł, trzy pozostałe doprowadził do wyzdrowienia. Wszystkie przypadki dotyczyły dorosłych, trzy były operowane od strony lewej.

Formy anatomo-kliniczne i wskazania lecznicze raków wewnątrzkrtaniowych (Formes anatomo-cliniques et indications thérapeutiques des épitheliomas intra-laryngés). J. Leroux-Robert.

j. w.

Autor przypomina dawny podział raków krtaniowych na raki zewnątrz-krtaniowe, wkraczające następowo w obręb krtani, raki nie przekraczające granicy jednej struny głosowej i raki granicę tę przekraczające. Odnośne zabiegi operacyjne, to pharyngo - laryngektomia, thyrotomia i laryngotomia zupełna. Nowsze punkty widzenia nakazują między ostatnie dwie grupy wsunąć jeszcze trzecią pośrednią, dla której wskazanie chirurgiczne wyraża się w hemilaryngektomii, dającej niezwykłą w stosunku do laryngektomii zupełnej korzyść zachowania czynności oddechowej i fonacyjnej dla krtani. Wreszcie należy obecnie uwzględnić nowy wielki dział leczenia promieniami Rentgena.

Raki grupy pierwszej, tj. z punktem wyjścia pozakrtaniowym (zatoki gruszkowate, fałdy językowo - nagłośniowe i dołki gardłowo - nagłośniowe) jakoteż raki przybrzeżne (wolne brzegi i górna połowa nagłośni, fałdy nalewkowo - nagłośniowe i chrząstki nalewkowe) są z niniejszej pracy wyłączone. Pozostałe raki dzieli autor na cztery grupy wedle następujących lokalizacji: 1) struny głosowe prawdziwe, 2) struny głosowe fałszywe i dolna połowa nagłośni, 3) kieszonki Morgagniego i 4) okolica podgłośniowa. Bardzo szczegółowo omówiona jest sprawa form anatomicznych, histologicznych i anatomo-klinicznych tych czterech grup raków, po czym autor przechodzi do omówienia leczenia. Odsyłając w

sprawie szczegółów anatomicznych i histologicznych do oryginału, zatrzymam się nieco nad postaciami anatomo - klinicznymi i leczeniem bardziej dla praktyka ważnym. Nie każdą z podanych czterech postaci ze względu na lokalizację rozpoznaje się równie wcześnie. Zależy to od wczesności objawów. Wcześniej rozpozna się raka struny głosowej, później raka podgłośniowego. I) Rak struny głosowej prawdziwej obfituje we wczesne objawy i przebiega bardzo powoli. Pierwszym objawem jest dysfonia, tj. zmiana w charakterze głosu. Dysfonia ma charakter trwały (tj. pozbawiony przerw i remisji) i postępujący. Głos staje się rychło szorstki i drewniany (râpeux et ligneux). Dołącza się nader charakterystyczny kaszel, będący wyrazem podrażnienia uciskowego struny zdrowej przez strunę naciekłą. Ten zespół objawów utrzymuje się przy powolności procesu przez miesiące. W tym czasie laryngoskopia wykazuje zazwyczaj zmiany w miejscu typowym, tj. w przedniej trzeciej części struny lub na przejściu przedniej w średnią; zmiany są zasadniczo jednostronne. Zmiany te przedstawiają sześć możliwych typów: 1) płaskie zgrubienie, 2) typ uszypułowany, 3) brodawkowaty, dający się rozpoznać jedynie drobnowidowo, 4) wrzekomo brodawkowy (pseudo - papillomateuse), sprawiający nawet drobnowidowo trudności rozpoznawcze, aż dopiero przebieg kliniczny pouczy o złośliwym charakterze tkanki, 5) wrzodziejący, przechodzący często w okolicę podgłośniową, 6) naciekowy. Przy tym ostatnim typie struna jest nieruchoma. Rozchodzi się tu prawdopodobnie o inną grupę raka. (patrz poniżej), a mianowicie o raka podgłośniowego, głębokiego, z lokalizacją wtórną, wstępującą. Bardzo przydatne, bardziej nawet niż laryngoskopia bezpośrednie, jest tu rozpoznanie rentgenograficzne. Gruczołów w żadnym z powyższych przypadków nie znajdziemy. Tłumaczy się to podobnie jak powolny przebieg ograniczoną i własną, skąpą siecią limfatyczną strun prawdziwych. W późniejszym przebiegu występują objawy duszności z kryzami prowadzące do tracheotomii. Przez długie czasy zmiany pozostają jednostronne. II) Rak przedsionkowy obejmuje dolną część nagłośni i strunę fałszywą. I tu występuje jako pierwszy objaw dysfonia. Gdy jednak dysfonia grupy I) miała przyczynę w porażeniu czynności schorzałej struny prawdziwej, to tu spowodowana jest ona utrudnieniem emisji głosu przez znaczne nacieczenie struny fałszywej. Dysfonia ta ma natężenie b. zmienne aż do głosu prawidłowego, głos ma charakter zduszony. Zmienność objawu powoduje późniejsze zgłoszenie się do lekarza, tj. zazwyczaj w następnym dopiero okresie duszności. Duszność ta wszakże jest mniejsza, mniej świszcząca niż przy naciekach podgłośniowych. W dalszym ciągu dołączają się objawy raków zewnątrz - krtaniowych (dysfagia, otalgia), niekiedy odpluwanie krwawe lub cuchnące. Laryngoskopia pozwala rozróżnić trzy formy: bujającą, naciekową i wrzodziejącą. Często spotyka się gruczoły w okolicy dużego rogu kości grzykowej. Dalszy rozwój nacieków zmierza zazwyczaj w kierunku dołka językowo - nagłośniowego, zatok gruczołowatych, lecz bez rentgena daje się dopiero późno rozpoznać. III) Typ, mający punkt wyjścia w kieszonce M o r g a g n i e g o, cechuje się dysfonia, potem dusznością. Postać ta pod wieloma względami przypomina w rozwoju postać I). Niekiedy widać laryngoskopowo wyraźnie, jak masy nowotworowe wychodzą z kieszonki, lecz struna głosowa jest zawsze unieruchomiona a kierunek rozwoju do chrząstki tarczowej jest tu nader częsty. Powiększenia gruczołów chłonnych w tej postaci, póki jest typową, nie znajdujemy. IV) Rak, mający swój punkt wyjścia w okolicy podgłośniowej jest w istocie znacznie częstszy niż klinicznie rozpoznawany. Stwierdzają to badania anatomo - patologiczne.

Klinicznie charakteryzuje się ta postać właśnie niestosunkiem między pozornie niewinnym obrazem laryngoskopowym (obraz laryngitis, mierna dysfonia), a potęgującą się dusznością, wiodącą nieraz do nagłej tracheotomii. Przy rozpoznawaniu oddaje tu szczególnie ważne usługi zdjęcie rentgenologiczne. Autor rozróżnia trzy odmiany tego raka: naciekową, wrzodziejącą i bujającą.

Leczenie opisanych postaci anatomo-klinicznych raka jest albo chirurgiczne, albo rentgenologiczne albo kombinowane. Autor opisuje trzy wyżej wspomniane zabiegi, tj. thyrotomię, hemilaryngektomię i laryngektomię zupełną, ich technikę, korzyści, wskazania i rokowanie. Naszkicuję je w paru słowach: Cięcie przy thyrotomii przekracza linię środkową o dwa milimetry na stronę zdrową a zabieg usuwa nie tylko strunę, lecz także mięśnie i wewnętrzną ochrzęstną. Prognoza zabiegu jest doskonała, technika nader prosta, wyniki zadawalające. Hemilaryngektomia typu H a n t a n t a usuwa przednie dwie części chrząstki tarczowej i pierścienie chrząstki pierścieniowej strony chorej — przy czym cięcie również przekracza na 2 do 3 mm linię środkową — jakoteż część chrząstki nalewkowej tejże strony ponad sygnetem chrząstki pierścieniowej. Rurka tracheotomijna, założona podczas zabiegu, może być usunięta po 7 dniach. Leczenie pooperacyjne nie trwa ponad tydzień, rokowanie i wyniki są bardzo dobre, fonacja i oddechanie odbywają się drogą naturalną, żywienie już od pierwszej chwili po operacji również nie wymaga sondy. Wyjątkowo wyniki są gorsze, gdy operator zanadto przesunie cięcie poza linię środkową lub gdy rozchodzi się o kobietę z wąską krtanią i niezwapniałą chrząstką. Laryngektomia zupełna, poprzedzona tracheotomią, została w technice przez H a n t a n t a znacznie uproszczona. Robi on cięcie okrężne dwubocznodolne i usuwa wszystkie warstwy części miękkich przedkrtaniowych bez preparowania jako jedną całość wraz z całym rusztowaniem krtani. Pozioma część cięcia skórnego obejmuje tracheostomę od dołu. Sondę przełykową usuwa się zazwyczaj po 3 tygodniach. Rokowanie nigdy nie jest pewne; zależy ono w istocie swej od stanu ogólnego operowanego i od troskliwego, umiejętnego postępowania przed- jakoteż pooperacyjnego. Rentgenoterapia posługuje się metodą Coutarda. Wymaga ona najmniej 30 — 40 dni leczenia i dwóch posiedzeń dziennie. Dawka dzienna wynosi 200 r, łączna najmniej 7000 r. Granicą dawkowania jest epidermoliza wedle zasad, ustalonych przez M. R e g a u d. Występuje ona zazwyczaj z końcem miesiąca leczenia. Przy leczeniu kombinowanym odróżnić należy dwie odmiany. W pierwszym wypadku zaczyna się od rentgenoterapii, ograniczając w ten sposób rozmiary następowego zabiegu po przebrzmieniu odczynu promienioleczniczego, w drugim rentgenoterapia po radykalnym i poprawnym zabiegu chirurgicznym ze

względu na pewne naturalne granice każdego zabiegu i jego radykalność stanowi pewne uzupełnienie dla sterylizacji otoczenia terenu operacji. Wreszcie w przypadkach beznadziejnych rentgenoterapia stanowi jedyną możliwą drogę leczenia.

A. Schwarzbart

FYTOTERAPIA

Badania nad działaniem leczniczym herbatki jawajskiej: Ortosiphon stamineus Benth. (Etudes de l'action médicamenteuse de l'„Ortosiphon stamineus" Benth). Jan Schunck de Goldfiem.

La Presse Médicale Nr 52/1938, pag. 1039 — 1047.

Ortosiphon stamineus Benth (synonim: Ocimum grandiflorus Bl.) jedna z roślin, bogatej we własności lecznicze rodziny Wargowych (Labiatae), występuje na Dalekim Wschodzie: w południowej Azji i na wyspach Sundajskich. Wszystkie rośliny Wargowe odznaczają się znaczną zawartością lotnych olejków aromatycznych i często glukozydów (Spośród naszych krajowych roślin leczniczych należą do tej rodziny: mięta, szałwia, melisa, macierzanka i inne. — Przyp. Ref.).

Od pewnego czasu farmakolodzy europejscy zwrócili uwagę na tę roślinę, jako na środek moczopędny, znajdujący zastosowanie przy chorobach nerek i pęcherza moczowego, oraz cierpieniach artretycznych. Do celów tych jawańczycy używali Ortosiphon stamineus od najodleglejszych czasów; na długo przed wojną światową holendrzy włączyli tę roślinę do swego lekospisu państwowego.

Pierwsze badania chemiczne nad herbatką jawajską przeprowadził w roku 1886 Van Itallie, który wyodrębnił glukozyd: ortosiphoninę; następnie w roku 1927 badali ją Gruber i Hedrich, w 1932 — Février, w 1934 — Keller i ostatnio Jan Schunck de Goldfiem.

W badaniach tych ustalono, że liście Ortohosiphon stamin. zawierają poza glukozydem ortosiphoniną, 0,2 — 0,5% olejku eterycznego, saponiny, garbniki i fytosterinę.

Balansard, badając porównawczo składniki chemiczne najrozmaitszych roślin wargowych, stwierdził, że wszystkie ich odmiany zasadniczo zawierają 1) lotny olejek eteryczny, 2) trzy glukozydy: jeden glukozyd, łatwo rozpuszczalny w wodzie, i dwa saponiny — jeden obojętny, drugi kwaśny; 3) znaczną ilość choliny, 4) dużo azotanu potasu.

Schunck de Goldfiem wyodrębnił z Ortosiphon. stamin. limonen $C_{10} H_{16}$, karoten $C_{40} H_{50}$ i życian (witaminę) A. Znaleziono również: mentol $C_{10} H_{19}$ OH, borneol $C_{10} H_{17}$ OH i tymol $C_{4} H_{15}$ O.

Wodny wyciąg z badanej rośliny winien mieć ciężar gatunkowy 0,995, przy 20° C i zawierać ok. 4% związków mineralnych.

Podany doustnie wyciąg ten — według badań Schunck de Goldfiema — podlega wchłonięciu dopiero w jelicie cienkim po 45 minutach od chwili podania.

Parenteralnie wyciąg wodny Ortosiphon. stamin. może być stosowany: podskórnie, domięśniowo i dożylnie.

Niezależnie od sposobu podania herbatka jawajska wywiera znaczny wpływ na układ krwionośny: obniża poziom mocznika we krwi, zmniejsza również ciśnienie tętnicze i obniża stałą Ambarda (F. Mercier, L. J. Mercier i F. Decaux). W osoczu krwi zmniejsza się zawartość cholesteriny, glicerofosforowych aminozwiązków tłuszczowych, glukozy i elektrolitów; zwiększa natomiast przejściowo bakteriobójczość krwi.

Na wydzielanie zewnętrzne Ortosiphon stamineus działa bardzo energicznie.

Pęcherzyk żółciowy zwiększa wydzielanie pod wpływem, zawartych w Ortosiph. stamin. olejków lotnych; dla nerek roślina ta jest idealnym środkiem moczopędnym, gdyż nie tylko zwiększa ilość wydzielanego moczu, lecz i zawartość w nim: mocznika i chlorków. Poziom mocznika w moczu zwiększa się 2,8-krotnie po zażyciu wyciągu z 12 gramów liści.

Ortosiphon stamineus wyraźnie wpływa na zdolność wydzielniczą nabłonka nerkowego.

Szereg badań na zwierzętach i na ludziach zdrowych, przeprowadzony przez Schunck de Goldfiema, Mercierów i Decaux dały wyniki identyczne i niezbite: podanie dzienne 10 cm³ wyciągu wodnego Ortosiphon. stamin. u zdrowych ludzi zwiększało ilość moczu trzykrotnie; świnki morskie, którym dodano do zwykłego pożywienia 0,75 grama substancji czynnych wyciągu badanej rośliny, dawały moczu na dobę od 28 do 33 cm³ zamiast normalnych 14 — 15 cm³.

U osób chorych zwiększenie ilości moczu bywało różne, zależnie od przypadku, lecz zawsze znaczne, z wyraźnym polepszeniem ciśnienia tętniczego. Schunck de Goldfiem przytacza, jako przykład, przypadek 58-letniej chorej, cierpiącej na ogólne zaburzenia hormonalne, zwłaszcza ze strony trzustki i przysadki mózgowej, u której dobowa ilość moczu, po podaniu wyciągu Ortosiphon. stamin., podniosła się z 250 cm³ na 500, 900, 1100 cm³.

Składniki czynne Ortosiphon. stamin. wydzielają się przede wszystkim przez nerki, w nieznacznej ilości drogą jelitową. Wydzielanie nerkowe rozpoczyna się prawie bezpośrednio po podaniu tego wyciągu per os i naczczo, trwa ono około 24 godzin, niezależnie od ilości wydzielonego w tym czasie moczu. Na ustrój zarówno zwierzęcy, jak i ludzki, wyciąg Ortosiphon. stamin. nie działa szkodliwie; badania ścisłe wykazały, że nawet dawki, dochodzące na dobę do 50 cm³ wyciągu = = 150 gramom liści, nie wywierały najmniejszych skutków szkodliwych i nie powodowały nigdy idiosynkrazji.

Drogą normalną stosowania herbatki jawajskiej jest przewód trawienny. Próg działania jest bardzo niski: wyraźny skutek następuje już po podaniu 0,125 miligrama wyciągu na 1 kilogram żywej wagi.

Liście suche Ortosiphon. stamin., podane doustnie, nie wywierają żadnego działania; najsilniej

działa wyciąg wodny, przechowywany w ciemnym miejscu, bez dostępu powietrza.

Sole wapna, szczawiany, cholesteryna są chemicznym antidotum Ortosiphon. stamin. Odwar szałwii lekarskiej, adrenalina, wyciąg z przysadki mózgowej, sole żółciowe i wyciąg z wątroby paraliżują również działanie herbatki jawajskiej.

Jak już wspomniano wyżej, Ortosiphon stamineus od niepamiętnych czasów bywał stosowany na Jawie przy leczeniu cierpień nerkowych i jelitowych.

Bocquillon-Limousin był — jak się zdaje — pierwszym uczonym europejskim który wskazał w swym dziele („Manuél" — 1895) na znakomite działanie tej rośliny przy kamicy żółciowej, zalecając ją w naparach 5 gramów liści na 1 litr wrzątku i w wyciągu (w dawce 0,4 grama 2 — 4 razy dziennie).

Obecnie fytoterapeuci współcześni (Attendoli, Decaux, Leclerc, Mercier i inni) używają wyciągu z Ortosiphon stamineus w ampułkach po 10 cm^3, gdyż uważają, że ten sposób aseptycznego przechowywania wyciągu najlepiej gwarantuje jego trwałość i skuteczność.

Poza działaniem uspokajającym na bóle, uzależnione od złogów kamieni i piasku w nerkach oraz pęcherzu moczowym, Ortosiphon stamineus wywiera skutek leczniczy:

1) na narząd moczowy, zwiększając dobową ilość wydzielanego moczu, usuwając z ustroju nadmiar kwasu moczowego, mocznika i chlorków,

2) na układ krwionośny, obniżając ciśnienie tętnicze i poziom mocznika we krwi. Znajduje więc ta roślina lecznicza zastosowanie:

w chorobach dróg moczowych, jak kamica nerkowa, piasek moczowy, zapalenie pęcherza i nerek,

w chorobach przemiany materii, a więc dnie, gośćcu, migrenach, nadciśnieniach itp.,

w chorobach wątroby i dróg żółciowych — żółtaczkach, kamicach żółciowych, zapaleniach pęcherzyka nerkowego, tropikalnych schorzeniach wątroby, cukrzycy i wielu innych,

w chorobach skórnych (eczema, acne, herpes),

w schorzeniach pooperacyjnych (Leclerc i Van der Elst twierdzą, że „w chirurgii Orthosiphon stamineus bywa pożyteczny we wszystkich tych przypadkach, gdy — po zabiegu — ilość moczu jest niedostateczną; działanie lecznicze tej rośliny wpływa nie tylko na ilość wydzielanego moczu, lecz — co ważniejsza — na jego jakościowe składniki". La Presse Médicale, Nr 81/1936).

Ze wszystkich dotychczasowych badań niezbicie wynika, że w ogromnej ilości schorzeń przemiany materii, wątroby, nerek serca, dróg moczowych, chorób zakaźnych — wszędzie tam, gdzie zwiększenie diurezy jest wskazane — lekarz znajdzie w Ortosiphon stamineus broń wyjątkowo skuteczną.

Jako środek wyboru, Schunck de Goldfiem zaleca wyciąg tej rośliny w ampułkach, zawierających 1,5 grama składników czynnych na 10 cm^3. Ampułki są jedyną formą farmaceutyczną, która pozwala na nieograniczoną konserwację wartości leczniczej rośliny.

Wystarczy dodać zawartość 1 ampułki do ½ litra wody (ocukrzonej lub zwykłej), aby otrzy-

POTĘŻNY ŚRODEK W SCHORZENIACH WĄTROBY
DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I JELIT

CAŁKOWITY WYCIĄG Z ŻÓŁCI I BOLDO

DZIAŁANIE NA WĄTROBĘ:
ŻÓŁCIOPĘDNE, GLIKOGENOTWÓRCZE,
ANTYTOKSYCZNE, TONIZUJĄCE

DZIAŁANIE NA JELITA:
PERYSTALTYCZNE, PRZECIWGNILNE,
PRZECIWKOAGULACYJNE

CHEM. FARM. ZAKŁ. PRZEM. HANDL.
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA 22, UL. KALISKA 9

BOLEAS MONAL

mać lek gotowy, który wypić należy w 4 — 5 porcjach w ciągu doby.

Kurację taką prowadzić trzeba przez dni 8, po tym 2 dni przerwy i nowy kurs 8-dniowego leczenia... przez czas tak długi, jak tego wymagać będą okoliczności. Przeciwwskazania nie są dotąd znane i zapewne ich nie ma.

Jarzyny francuskie, ich własności odżywcze i działanie lecznicze. (Les Legumes de France: Leur histoire. Leurs usages alimintaires. Leurs vertus thérapeutiques). Prof. Dr Henryk Leclerc.

Wydanie 2 zwiększone. Paryż. (Amédee Leqrand, Editeur, 93, Boulevard Saint — Germain), 1938. Str. 282.

Znakomity współczesny fytoterapeuta francuski, Leclerc, w drugim wydaniu swego pożytecznego dzieła o odżywczych i leczniczych wartościach jarzyn uwzględnił wszystkie ostatnie zdobycze wiedzy, dając w tym małym podręczniku encyklopedyczny skrót wiadomości, niezbędnych nie tylko dla lekarza i dietetyka, lecz wręcz dla każdego inteligentnego człowieka.

Jak autor słusznie zaznacza w przedmowie do nowego wydania, ostatnie dziesięciolecie posunęło naprzód — prócz nauki o życianach i ich znaczeniu dla żywego ustroju — świadomość celowości wprowadzenia do jadłospisów naszych surówek chlorofilowych, które do niedawna jeszcze uważane były za niedorzeczność sekciarską, a brak których w pożywieniu prowadzi do zaburzeń, którym uczeni francuscy nadają miano „carence physique".

W swym dziele Leclerc opisał drobiazgowo 35 jarzyn hodowanych, przeważnie znanych już powszechnie i w Polsce, oraz kilkanaście roślin dziko rosnących, których przydatność pokarmowa została przezeń wypróbowana.

Z pośród jarzyn ogólnie znanych Leclerc opisał: soczewicę (Ervum lens L.), fasolę (Phaseolus vulgaris L.), bób (Faba vulgaris Mönch., synonim: Vicia Faba), groch (Pisum sativum L.), kartofle (Solanum tuberosum L.), bulwy (Helianthus tuberosus L.), czyściec bulwiasty (Stachys tuberifera L., franc. Crosne du Japon, chiń. Choro-gi), karczochy (Cynara scolymus L.) i kardy (Cynara cardunculus L.), szparagi (Asparagus officinalis L.), czosnek (Allium sativum L.), cebulę (Allium coepa L.), pory (Allium porum L.), dynie (Cucurbita maxima, pepo, moschata L.), ogórek (Cucumis sativus L.), pomidory (Solanum lycopersicum L., synonim: Lycopersicum esculentum Dun.), gruszkę miłosną (Solanum melangena L.), marchew (Daucus carota L.), rzepę (Brassica rapa L.), brukiew (Brassica napus L.), pasternak (Pastinaca sativa L.), salsefię (Trogopogon porrifolium L.), wężymord (synonim: czarne korzonki — Scorzonera hispanica L.), buraki (Beta cicla L., Beta vulgaris L.), rzodkwie (Raphanus sativus L., Raphanus niger Mérat), kapustę (Brassica oleracia L.), szpinak (Spinacia oleracea L.), szczaw (Rumex acetosa L.), łoboda (Atriplex hortense L.), Tetragonia expansa Murray (w Polsce nieznana), sałata (Lactuca sativa L.), cykorię (Cichorium intybus L.), endywię (Cichorium endivia L.), selery (Apium graveolens L.), mniszek lekarski (Taraxacum officinale L., syn. Tarax. dens leonis; franc.: Pissenlit), rukiew wodną (Nasturtium officinale L.), roszponkę warzywną (Valerianella olitoria Poll.), dzwonek rapunkuł (Campanula rapunculus L.) i portułakę (Portulaca oleracea L.).

Wśród jarzyn, jako odżywek, Leclerc na pierwsze miejsce wysuwa soczewicę (Ervum lens), ostatnio — (w Polsce przynajmniej) — dość zapomnianą.

Zaznacza on, że soczewica zawiera:

wody	11,5%
białka	23 %
węglowodanów	59 %
tłuszczów	1 %
soli mineralnych	2,5%
błonnika	3 %,

wtedy, gdy w mięsie mamy białka 20%, a w chlebie — białka 7% i węglowodanów 55%. Słusznie więc powtarza za Martinetem, że „1 kg soczewicy zawiera tyle białka, węglowodanów i soli mineralnych — ile zawierają ich łącznie 1 kg mięsa i 1 kg chleba".

Wartość kaloryczna 100 g soczewicy wynosi 337 kalorii, chleba — 257 kalorii, a mięsa — 134 kal. Po okraszeniu soczewicy, otrzymujemy wysokowartościową pełną odżywkę [1]).

Prof. dr Leclerc przy każdej poszczególnej jarzynie drobiazgowo omawia jej działanie lecznicze, o ile takowe dana roślina posiada. Znajdujemy więc tu — między innymi — wskazania lecznicze dla następujących roślin jarzynowych, mniej używanych w charakterze leków:

bobu kwiaty, pod postacią naparu działają silnie moczopędnie i są warte zalecenia przy pyelonephritis i cystitis;

cebula — jest rośliną obniżającą znacznie poziom we krwi i moczu przy cukrzycy; wpływa ona dodatnio na trawienie, gdyż spożywana zwiększa wydatnie wydzielanie soków trawiennych;

---

[1]) Książka prof. dr Leclerca nie objęła soji (Soja hispida), u której te zalety występują w jeszcze wyższym stopniu, gdyż jest ona również bogata w białko, węglowodany, sole mineralne, jak i w tłuszcz. Patrz: Prof. Prof. Muszyński i Strażewicz. — Soja, jej historia, znaczenie gospodarcze, uprawa, użytkowanie. Wilno, 1933. — Przyp. Ref.

c z o s n e k — gotowany w mleku jest zdawna znanym, skutecznym środkiem czerwiogubnym (zwłaszcza przy owsicy — Oyuris vermicularis); r o z c z y n o l e j k u c z o s n k o w e g o w o l i w i e, olejku migdałowym lub oleju sojowym, albo orzachowym (ol. Arachidis) w ilości 0,02 g na 1 cm³ są stosowane ostatnio z powodzeniem w f o r m i e w s t r z y k i w a ń d o m i ę ś n i o w y c h, celem obniżenia ciśnienia tętniczego;

d y n i a (ziarnka) — lekki, nieszkodliwy środek czerwiogubny;

k a r c z o c h y — środek żółciotwórczy i żółciopędny;

k a r t o f l e (surowe) — czynny lek przeciwszkorbutowy;

k a p u s t a: sok z kapusty czerwonej, podawany w ilości 20 — 30 gramów, działa czerwiogubnie; gotowana kapusta, znalazła ostatnio szerokie zastosowanie w leczeniu dyzenterii (L e c l e r c podaje, że w czasie jednej epidemii na 30 leczonych przypadków miał 27 szybkich wyleczeń); sok kapusty surowej, był stosowany z powodzeniem przy zapaleniach nerek i anemiach (działanie krwiotwórcze); zewnętrznie — ulcera varicosa szybko goją się pod okładami ze świeżej kapusty;

m a r c h e w — sok z surowej marchwi okazał się znakomitym środkiem krwiotwórczym (dzięki zawartemu w nim karotenowi);

m n i s z e k l e k a r s k i działa żółciopędnie, (zalecenia godny przepis: korzeni świeżych mniszka q. v., wycisnąć sok, dodać na 100 części:

alkoholu 90°	18 gramów,
gliceryny	15 gramów,
wody	17 cm³,

przefiltrować i podawać po 1 — 2 łyżki stołowe na dobę);

r u k i e w w o d n a — sok świeży stosuje się przy eczemie; utrwalony 90° alkoholem (pół na pół), działa dobrze na wzmocnienie włosów i wcierany przy alopecia areata;

r z o d k i e w — sok działa żółciopędnie i leczy schorzenia wątroby, również skuteczny przy pokrzywce na tle allergicznym;

s a ł a t a — wyciąg płynny (wg prof. dra V i g n e s w ilości 2 — 3 łyżeczek od kawy na dobę), doskonały lek wagotonii i wszelkich zaburzeń w miesiączkowaniu;

s z p a r a g i — działają moczopędnie.

Książka L e c l e r c a, pisana językiem żywym i barwnym, jest niewyczerpaną kopalnią wiadomości dla każdego, kogo interesują współczesne prądy fytoterapeutyczne.

Wład. Biernacki.

K O M U N I K A T Y

I.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka zawiadamia, że w dniach od 26.IX. do 6.X.1938 r. włącznie organizuje kurs dokształcający dla lekarzy w zakresie pediatrii, ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa.

Opłata za udział w kursie wynosi zł. 50.—, dla asystentów klinik i szpitali warszawskich zł. 30.—. Po zakończeniu kursu uczestnicy otrzymają specjalne zaświadczenia od Izby Lekarskiej.

Zgłoszenia na kurs należy nadsyłać pod adresem: Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej, Warszawa, ul. Koszykowa 37, najpóźniej do dnia 4 w r z e ś n i a 1938 r. W sprawie informacji można zwracać się do Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej, względnie do Sekretarza kursu Dr. Bolesława Górnickiego, Warszawa, Klinika Pediatryczna, Litewska 16, tel. 8.86-10.

Kurs będzie miał charakter wybitnie praktyczny i obejmować będzie: w godzinach przedpołudniowych zajęcia praktyczne i pokazy chorych, w godzinach popołudniowych wykłady kliniczne z następujących działów: 1) Doc. M. Erlich — Odżywianie i pielęgnowanie wcześniaków, 2) Dr. R. Barański — Kwaśne mieszanki i przetwory mleczne w odżywianiu dziecka, 3) Dr M. Wierzbowska — Leczenie stanów biegunkowych u dzieci do lat dwóch, 4) Prof. Dr Michałowicz — Leczenie ciężkich dystropsji, 5) Dr J. Bogdanowicz — Witaminy w lecznictwie dziecięcym, 6) Dr Kuligowski Zygmunt — Drgawki u dzieci i ich leczenie, 7) Dr B. Michałowski — Kiła wrodzona u dzieci i jej leczenie, 8) Dr R. Barański — Niedrożność jelit u dzieci, 9) Dr T. Wiśniewski — Wybrane rozdziały z ortopedii dziecięcej (skrzywienia kręgosłupa, płaska stopa etc.), 10) Doc. Dr R. Stankiewicz — Klasyfikacja zapaleń płuc u dzieci i ich leczenie, 11) Dr Z. Lejmbachówna — Rozpoznawanie i leczenie ropniaków opłucnej u dzieci, 12) Dr H. Hirszfeldowa — Surowice i szczepionki w praktyce dziecięcej, 13) Doc. Dr M. Erlich — Wylewy krwi wewnątrzczaszkowe u noworodków i ich leczenie, 14) Doc. Dr R. Stankiewicz — Stany zapaści u dzieci i ich leczenie, 15) Dr T. Kopeć — Brak łaknienia u dzieci i jego zwalczanie, 16) Dr St. Popowski — Podstawy leczenia gruźlicy dziecięcej, 17) Dr H. Hirszfeldowa — Epidemiologia i leczenie krztuśca, 18) Doc. Dr M. Erlich — Leczenie niedokrwistości u dzieci, 19) Dr St. Popowski — Społeczna walka z gruźlicą wieku dziecięcego, 20) Dr J. Lubczyński — Śmiertelność u dzieci i rola Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem w jej zwalczaniu, 21) Doc. Dr H. Brokman — Gościec u dzieci i jego leczenie, 22) Doc. Dr D. Zuberbier — Chirurgiczne leczenie migdałków i wyrośli adenoidalnych u dzieci, 23) Prof. Dr Wł. Szenajch — Leczenie ciężkiej błonicy i płonicy, 24) Dr B. Michałowski — Schorzenia skóry i ich leczenie u dzieci do lat dwóch.

II.

W dniach od 10.X. do 20.X. br. odbędzie się w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łaza-

rza w Warszawie pod kierownictwem Prof. dr-a med. M. Semerau-Siemianowskiego

III-ci Kurs Dokształcający.

dla lekarzy z dziedziny chorób układu krążenia.

Na program Kursu składać się będą:

1. Wykłady teoretyczne z fizjologii i anatomii patologicznej układu krążenia.

2. Wykłady kliniczne z wybranych dziedzin schorzeń układu krążenia ważnych dla lekarza - praktyka ze szczególnym uwzględnieniem lecznictwa.

3. Wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z dziedziny najważniejszych sposobów badania układu sercowo - naczyniowego. (Elektrokardiografia, rentgenodiagnostyka z kimografią, oscylometria).

4. Seminaryjne omawianie przypadków chorobowych pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Kurs rozpoczyna się dnia 10.X. 193 8r. o godz. 8-mej rano w sali posiedzeń Szpitala Św. Łazarza w Warszawie ul. Książęca 2.

Kurs będzie miał charakter głównie kliniczny z uwzględnieniem zainteresowań lekarza praktyka i będzie obejmował 75 godzin, z których około 30 przeznacza się na wykłady teoretyczne, a około 45 na zajęcia praktyczne.

Opłata za Kurs wynosi 60 zł, z których 10 płatnych przy zapisie.

Ostateczny termin zapisów upływa dn. 1.X. 1938 r.

Dla uczestników przyjezdnych mieszkania nie się przewidziane.

Szczegółowy rozkład zajęć na Kursie otrzymuje każdy z uczestników po wpłaceniu wpisowego.

Zapisy na Kurs przyjmuje i wszelkich informacji udziela Doc. dr med. Julian Walawski, Warszawa, ul. Książęca 2 Szpital Św. Łazarza Oddział Chorób Wewnętrznych.

Wykładowcy Kursu:

Prof. dr. med. Semerau - Siemianowski,
Dr med. Kołodziejski,
Dr med. Konarska,
Dr med. Rasolt,
Dr med. Rowiński,
Dr med. Szczepański,
Dr med. Wajnsztok,
Doc. Dr. med. Walawski,
Dr med. Zaleski,
Dr med. Żera.

III.

Pod Protektoratem Pana V-Ministra Opieki Społecznej Dra Med. E. Piestrzyńskiego odbędzie się w Ciechocinku - Cieplicy w dniach 2, 3, 4.IX.1938 r. XI. Lekarski Kurs Wakacyjny wraz z „Dniem Pediatrycznym” Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego z następującym programem:

Piątek, dnia 2.IX.1938. r.

1. Profesor Dr med. Hiller Stanisław (Wilno): „Głód jako zjawisko biologiczne i jego wpływ na przemianę materii”.

2. Profesor Dr med. Lubieniecki Jan (Poznań): „Leczenie głodowaniem”.

3. Docent Dr med. Zawodziński Tadeusz (Warszawa): „Hormonoterapia w ginekologii”.

4. Wyświetlenie filmu dźwiękowego: „Fazy produkcji hormonu jajnikowego”.

Sobota, dnia 3.IX.1938 r.

1. Profesor Dr med. Mazurkiewicz Jan (Warszawa): „Bezsenność i jej leczenie”.

2. Profesor Dr med. Raszeja Franciszek (Poznań): „Schorzenia stawu biodrowego, ich rozpoznanie i leczenie z uwzględnieniem leczenia zdrojowiskowego i mechano - medycznego”.

3. Profesor Dr med. Gorecki Zdzisław (Warszawa): „Leczenie krwiotoczności”.

Niedziela, dnia 4.IX.1938 r.

Godz. 10.15 — 13.00 wykłady:

1. Docent Dr med. Kaulbarsch - Marynowska Hanna (Wilno): „Gruźlica dziecięca a leczenie solankami”.

2. Dr med. Starkiewicz Szymon (Busko): „Leczenie sanatoryjno - zdrojowiskowe dzieci gruźliczych”.

3. Profesor Dr med. Szenajch Władysław (Warszawa): „Walka z zakażeniami dziecięcymi na terenie zdrojowiska i uzdrowiska”.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska“.
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

			1/1 str.	1/2 str.	1/4 str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	185.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA“. Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.